N° 1 Janvier 1954

LA TUNISIE MEDICALE

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

et

BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI RÉUNIS

Siège Social : 25, Avenue de Paris — TUNIS

GADÉOL 20

AMPOULE
BUVABLE
SUPPOSITOIRES

VITAMINOTHERAPIE D ET A
SANS RISQUE D'HYPERVITAMINOSE

Biosedra

LABORATOIRE BIOSEDRA - 60, RUE DE ROME - PARIS-8e

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

BIPHÉDRINE

PÉNICILLINE

HUILEUSE AQUEUSE

EPANAL

COMPRIMÉS

SUPPOSITOIRES 1 · 2 · 3 · 5 · 10

NÉO-CODION

SUPPOSITOIRES

GOUTTES DRAGÉES

GASTRO-SODINE

PLURIBIASE

LABORATOIRES DU DOCTEUR E. BOUCHARA, 47, RUE DE BRETAGNE, PARIS III°

XXXXIIe ANNÉE - No 1
Janvier 1954

LA TUNISIE MÉDICALE

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

et

BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI RÉUNIS

Comité de publication

— Le Rédacteur en Chef ..... Dr M. Uzan
— Le Rédacteur en Chef Adjoint ..... Dr J. Cuénant
— Le Président de la Société des Sciences Médicales ..... Dr Dupoux
— Messieurs les ..... Dr H. Bonan, Dr M. Hadjoudj

} Comité de lecture

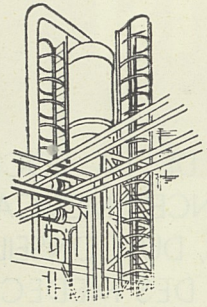
— Le Secrétaire de la Société des Sciences Médicales ..... Dr A. Sebag
— Le Secrétaire du Conseil de l'Ordre . N.....
— Le Secrétaire du Syndicat Médical Français et Tunisien ..... Dr H. Coursières
— Le Secrétaire du Syndicat des Médecins Tunisiens..... Dr M. Azaïz

Administration : L. Lemoine, 8, passage du 7 Mai — Tunis
Téléphone : 72-55

Publicité pour la France : **Stéphane BATARD**
4, Place de l'Hôtel de Ville - Le Raincy (S.-et-O.)
et 8, Rue Montyon - Paris IXe - Téléph. Provence 68.60

Reproduction interdite
Tous droits réservés pour tous pays

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



DIAMANT *fabrique*

la BACITRACINE

et la conditionne sous



4 FORMES

GOUTTES O.R.L.



PASTILLES



POMMADE DERMIQUE

POUDRE POUR USAGE LOCAL

SOCIÉTÉ DES ANTIBIOTIQUES DE FRANCE

67, Boulevard Haussmann - Paris 8e

DIAMANT

Remboursé par la Sécurité Sociale

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

SOMMAIRE (1re Partie)

PAGES

Allocution du Dr Ben Raïs 7

Discours du Dr Dupoux 13

Les hernies de l'hiatus œsophagien, par P. Santy 21

Société des Sciences Médicales 43

Traitement médical et guérison d'une perforation intestinale au cours d'une fièvre typhoïde traitée par le chloramphénicol, par Raoul Dana, Gilbert Borsoni, Jean et Monique Thonier . . . 45

Intérêt de la cholangiographie per-opératoire au cours du traitement de la rupture spontanée des kystes hydatiques du foie dans les voies biliaires, par Roger Ganem et Jacques Barsotti 51

Fugue et vagabondage - Enfance - Adolescence par R. Benon . . 61

UN COMPOSÉ IODO-SOUFRÉ DÉRIVÉ DE LA MÉTHIONINE
DIRECTEMENT ASSIMILABLE - BIEN TOLÉRÉ

LOBARTHROSE

IODURE DE MÉTHIONINE - MÉTHYLSULFONIUM
AMPOULES DE 1 cm³ POUR INJECTIONS INTRAMUSCULAIRES
dosées à 10 % (0,10 g par ampoule) boîte de 10 ampoules.
RHUMATISMES - ARTHROSES - ARTÉRIOSCLÉROSE
Agréée à l'usage des collectivités et de divers services publics.
Remboursable par la Sécurité Sociale.

LOBICA

LABORATOIRES LOBICA - 25, RUE JASMIN - PARIS 16e

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

NOUVEAU!

On peut faire une cure de

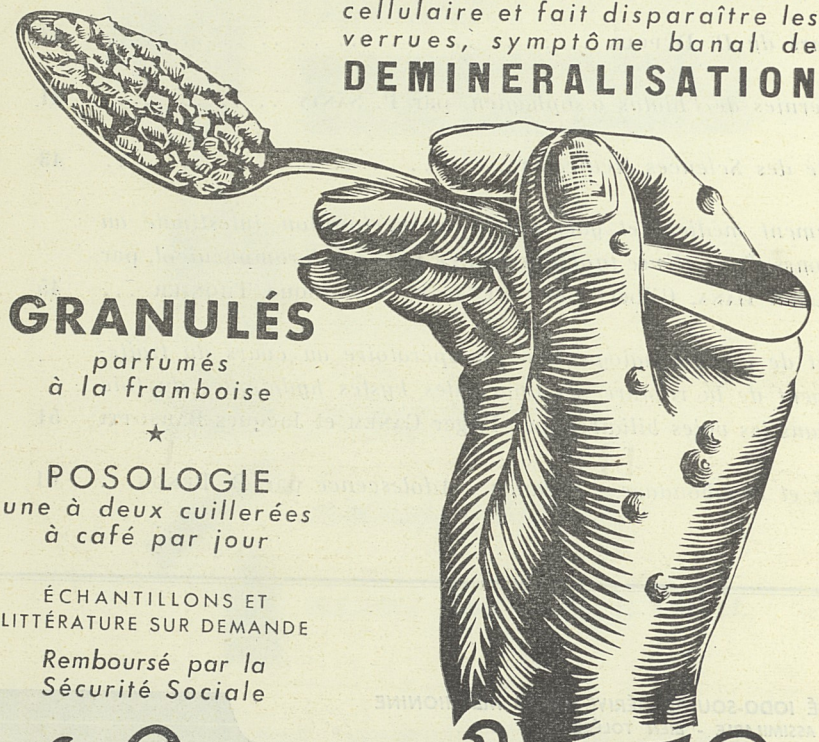
Verrulyse

sans avoir de verrues

★

véritable aliment magnésien ***Verrulyse*** *facilite l'anabolisme cellulaire et fait disparaître les verrues, symptôme banal de*

DEMINERALISATION



GRANULÉS

parfumés à la framboise

★

POSOLOGIE

une à deux cuillerées à café par jour

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE

Remboursé par la Sécurité Sociale

Verrulyse

PRODUITS BONTHOUX

VILLEFRANCHE (RHONE) FRANCE

Ed. PUBLIREX

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

SOMMAIRE (2me partie)

PAGES

Sœren Kierkegaard, un névrosé de génie, par Félix Masselot .. 65

Carnet 80

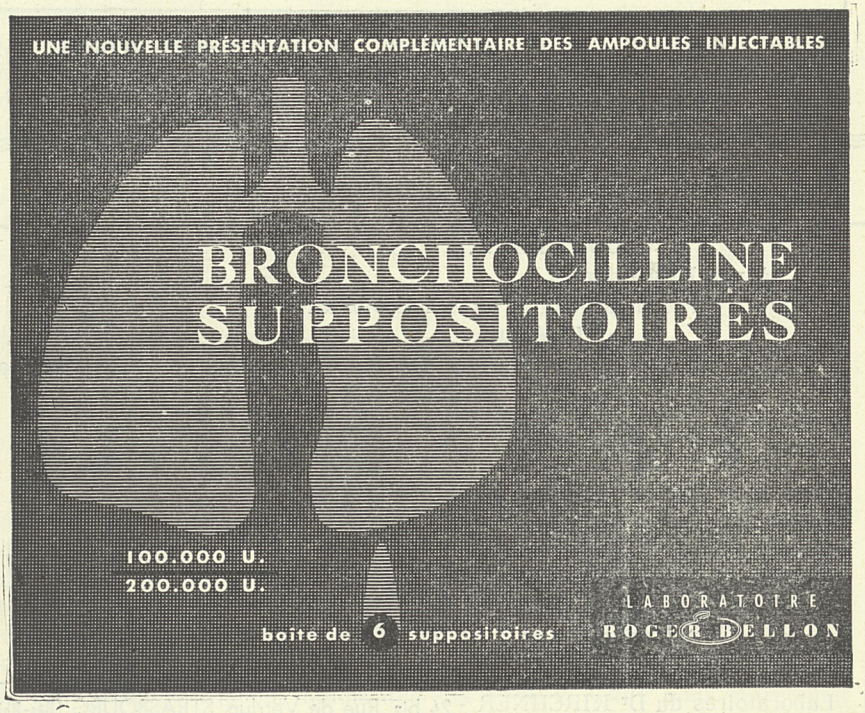
Société de Médecine de Paris 81

Société Médicale des Hôpitaux d'Alger 85

Informations 93

Liste récapitulative des travaux médicaux tunisiens parus en 1953 hors de « La Tunisie Médicale » 97

Livres reçus 101



TUNISIE : H. Bonan — 34, Rue de Marseille — Tunis

CALCIUM CORBIÈRE Buvable

LABORATOIRES CORBIÈRE 27, RUE DES RENAUDES - PARIS 17e

VITAMINÉ
C.D & PP

AMPOULES DE 10cc
BOITE DE 8 AMPOULES
COFFRET DE 24

Sucré, aromatisé au citron
Remboursé par la S.S.

1 à 3 ampoules par jour

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

DOCTEUR . . .
à vos **Dyspeptiques,**
vos **Insuffisants pancréatico-biliaires,**
vos **Ulcéreux,**
à tous vos **Malades qui digèrent ou assimilent mal**
PRESCRIVEZ :

PANCREAL
KIRCHNER

Complexe d'extraits pancréatiques dégraissés et purifiés suractivés par des ferments digestifs (diastases)
Contient 100 % d'éléments actifs (ni sucre, ni cacao, ni fécule)
POSOLOGIE : 3 à 4 COMPRIMES APRES LES REPAS
Catégorie B des Assurances Sociales — Echantillon sur demande

Laboratoires du Dr KIRCHNER - 24 bis, Rue de Verdun, STRASBOURG (Bas-Rhin)

ALLOCUTION DU DOCTEUR BEN RAÏS

Président sortant

—o—

18 Décembre 1953

Mes chers Collègues,

Au terme de cette année, la première d'une nouvelle période qui conduira notre active Société vers son centenaire, je viens vous rendre compte du mandat que votre amitié a bien voulu me confier. Mes fonctions au sein du Gouvernement m'ont obligé à déserter quelques-unes de nos réunions, je m'en excuse auprès de vous et surtout auprès de mon ami le Docteur DUPOUX que je remercie de m'avoir si efficacement secondé et si souvent remplacé.

Nos réunions ont débuté cette année par une séance inaugurale organisée exceptionnellement dans la Salle Municipale des Arts et en présence de M. de BOISSESON, Ministre plénipotentiaire; de S. E. le Docteur GACHEM, Ministre de la Santé Publique; de notre Président d'honneur M. Lucien PAYE ainsi que de nombreuses personnalités venues témoigner de la constante sollicitude du Gouvernement pour les travaux de notre Société.

Ces réunions se sont poursuivies régulièrement et chacune de nos séances a été riche en communications touchant aux différents domaines de la médecine et de la chirurgie et donnèrent lieu parfois à des discussions vives et courtoises que nous voudrions cependant plus fréquentes. Il nous faut souligner l'apparition au cours de nos séances de films médicaux exécutés dans les Services hospitaliers de Tunis par nos confrères DEMIRLEAU, GANEM et Roger NATAF; nouvelles preuves de la vitalité et du dynamisme du corps médical tunisien.

Nous avons eu le bonheur de recevoir parmi nous de nombreux maîtres de la médecine métropolitaine.

En mars, au cours d'une importante semaine de travail, nous avons pu écouter les remarquables exposés du Professeur LACOMME, Professeur de clinique obstétricale de la Faculté de Paris, invité par la jeune Société de Gynécologie et d'Obstétrique que préside notre ami commun le Docteur Jules SCEMLA. En même temps, grâce à la sollicitude de l'Institut des Hautes Etudes, M. le Professeur agrégé Raoul BOULIN, maître incontesté de la diabétologie française, a pu nous exposer ses idées sur le traitement du Diabète, tandis que son élève P. UHRY nous entretenait du Diabète Bronzé.

Quelques jours plus tard, c'est notre ami à tous, notre concitoyen Roger CATTAN qui nous a entretenus du facteur vasculaire de l'ulcère.

Le Docteur BOURGUIGNON nous a parlé de la triple chronaxie. Puis le Professeur agrégé Gilbert DREYFUS, toujours charmé par notre Tunisie, nous a fait une nouvelle leçon sur l'Endocrinologie. La Faculté d'Alger nous a délégué le Professeur GOINARD qui nous a fait un exposé très documenté sur les angiomes et les anévrysmes cérébraux accompagné d'un excellent film sur les kystes hydatiques du cerveau.

Enfin, tout récemment, l'éminent et prodigieux chirurgien de Lyon, le Professeur Paul SANTY, qui vient d'être élu membre de l'Académie de Médecine, nous a fait entrevoir les remarquables possibilités de la chirurgie vasculaire.

D'autres maîtres viendront très sûrement l'année prochaine honorer notre Société de leur enseignement; nous pouvons, dès maintenant, vous assurer de la venue des Professeurs d'ALLAINES, Marcel DAVID et Raymond GARCIN; certains, comme le Professeur LENÈGRE, nous ont promis leur concours.

A ce propos, je voudrais remercier en votre nom, M. le Professeur ROCHE à qui nous devons l'organisation de cet enseignement post-graduate qui vient porter parmi nous ce souffle vivifiant de la science médicale métropolitaine.

Voici, mes chers collègues, un rapide aperçu de l'activité scientifique de notre Société dont les travaux sont régulièrement imprimés et diffusés par la « Tunisie Médicale » grâce à l'inlassable activité du Docteur M. UZAN et de son collaborateur M. LEMOINE; qu'ils soient tous deux assurés de notre reconnaissance et de notre gratitude.

Nous avons vu disparaître cette année deux de nos collègues : l'un le Docteur HENRY, membre honoraire de notre Société; l'autre, le plus jeune de nos Chefs de Services chirurgicaux, le Docteur SALAH AZAIS, qu'une mort brutale est venu enlever en pleine activité professionnelle.

De nombreux jeunes collègues sont venus cette année s'inscrire parmi nous, nous comptons beaucoup sur leur juvénile curiosité scientifique pour aider leurs anciens à entretenir l'activité de nos réunions.

Nous avons eu récemment la joie de voir notre Président jubilaire. Raoul DANA, promu dans l'Ordre de la Légion d'honneur. Au cours d'une réunion chaleureuse, le Résident Général, M. Pierre VOIZARD a tenu à décorer lui-même le nouveau récipiendaire. Nous adressons au Président DANA nos très affectueuses félicitations et nos regrets sincères de le voir quitter le Bureau. Je profite de l'occasion qui m'est offerte pour adresser mes remerciements aux membres du Bureau et à mes collègues de la Société qui ont bien voulu me témoigner leur chaude sympathie à l'occasion de ma dernière promotion au grade de Commandeur de la Légion d'honneur.


NOUVEAU
Hypovitaminoses B
post-traitements sulfamidés et antibiotiques
Décholestérinisation
Syndromes entéritiques
Polynévrites
ENTÉROSPASMYL
vitaminé FORT comprimés
chaque comprimé contient
B1 = 25 mg.
B2 = 2 mg.
P.P. = 40 mg.
Complexe B à hautes doses
LOGEAIS

C'est maintenant pour moi un agréable devoir que de remercier devant vous, mes collègues du Bureau dont la plupart vont solliciter tout à l'heure vos suffrages.

Mes remerciements s'adressent surtout à mon excellent ami DUPOUX qui, comme je l'ai souligné, a rempli déjà plusieurs fois ce rôle de Président qui sera le sien dans quelques instants après vos suffrages unanimes. Mes remerciements vont aussi à notre distingué Secrétaire général, le Docteur A. SEBAG qui a accompli pendant une année un travail absorbant.

Ils s adressent également à notre ami BAROUCH dont le rôle financier se double de celui d'un incorruptible gardien des statuts et des usages de notre Société, ainsi qu'à notre Secrétaire adjoint Gilbert BORSONI et à notre Bibliothécaire, Henri COHEN.

Certains de nos conseillers nous quittent, outre le Président Raoul DANA, le Docteur Raymond DIDIER qui a été le brillant et dynamique Secrétaire général de l'année jubilaire et dont l'ouvrage remarquable « Médecins et Médecine de Tunisie » restera le témoignage permanent de son ardente et féconde activité.

Nous regretterons tous son sourire aimable et ses conseils judicieux qui étaient d'un précieux secours pour nous.

Jean COHEN nous quitte également retenu ailleurs; nous lui souhaitons une complète réussite dans ses nouvelles occupations.

D'autres resteront parmi nous cette année, le Docteur Jules SCEMLA qui représentera la Société de Gynécologie et d'Obstétrique; le Docteur DAIRE qui assure le contact avec le Ministère de la Santé Publique, et que nous prions de transmettre à S. E. le Docteur GACHEM nos très vifs remerciements pour les nombreuses marques de sympathie qu'il a témoignées à notre Société.

Certains viendront solliciter vos suffrages; les Docteurs JAHAN, LADJIMI et HAMZA seront nos nouveaux conseillers; notre ami BENMUSSA dont la notoriété et les travaux importants de ses services de l'Hôpital Charles Nicolle viennent si souvent animer nos débats, se trouve particulièrement désigné pour assurer la vice-présidence; vous lui accorderez, j'en suis certain, l'unanimité de vos suffrages.

Je ne voudrais pas terminer, sans saluer la présence ce soir, dans notre salle, de notre ami le Docteur Félix MASSELOT qui après plus de trente ans d'activité professionnelle a décidé de se retirer dans sa campagne bordelaise. Son inlassable activité a laissé sa marque tangible et indestructible dans la merveilleuse réalisation de son Centre Antituberculeux et de son Pavillon Sanatorium; qu'il veuille bien recevoir, ce soir, le témoignage de nos sentiments d'admiration et qu'il soit assuré de notre affectueux attachement.

Avant de quitter ce fauteuil présidentiel, je voudrais vous adresser un message d'union; notre Groupement doit rester la solide Société scientifique ouverte à tous nos confrères désireux d'échanger leurs idées et d'exposer leurs travaux. Elle ne doit devenir la propriété d'aucun groupe, d'aucune tendance; venez tous travailler avec ardeur et au besoin avec d'aucune tendance; venez tous travailler avec ardeur, et au besoin passion, avec l'unique souci de progrès et de grandeur sans cesse croissants de la Médecine tunisienne.

Je vous dis à tous, encore une fois, merci.



TUNISIE : Ets ZANA et COHEN-JONATHAN
14 bis, Rue Arago — TUNIS

VALS SAINT-JEAN

AFFECTIONS de l'
Estomac
EMBARRAS GASTRIQUES
DYSPEPSIE -- GASTRALGIE
Entérite chez l'enfant chez l'adulte
ARTHRITISME

Eau de Régime faiblement minéralisée, légèrement gazeuse

ARHEMAPECTINE
GALLIER

Simple ou Vitaminée (Vitamine K)

ANTI-HEMORRAGIQUE

Boîtes de 2 et 4 amp. de 20 cc.

SÉCURITÉ SOCIALE — Collectivités
A. M. G. — Art. 64 — Mutilés

Laboratoire **R. GALLIER**, 1 bis, place du Président Mithouard, Paris 7e

SPECIMEDHY, 37, rue d'Isly — TUNIS

OSMOTOL



TRAITEMENT RÉSOLUTIF DES OTITES AIGUËS (OTITE HYPERÉMIQUE, OTITE EXSUDATIVE AIGUË).
L'OSMOTOL RÉALISE PAR OSMOSE LE DRAINAGE A TRAVERS LE TYMPAN, DE L'EXSUDATION INFLAMMATOIRE, PROVOQUANT AINSI LA DÉCONGESTION DES TISSUS ENFLAMMÉS.

CHAUVIN BLACHE

AUBENAS — **ARDÈCHE**

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

DISCOURS DU Dr DUPOUX

SEANCE INAUGURALE DU 22-1-1954

Excellence,

Vous avez bien voulu, par votre présence à cette séance inaugurale, marquer tout le bienveillant intérêt que vous portez à notre Société des Sciences Mécicales qui s'honore par ailleurs de vous compter parmi ses membres les plus distingués. Les liens d'affectueuse amitié qui nous unissent, me rendent infiniment agréable l'honneur qui me revient ce soir de vous remercier au nom de mes confrères et de vous exprimer leur gratitude.

Par delà le Chef écouté et respecté, vous restez pour nous le confrère et l'ami que nous aimons. Je suis heureux de vous en donner ici le témoignage et de vous dire, moi qui vous ai suivi tout au long de votre brillante carrière, la grande joie et la légitime fierté qu'éprouve le Directeur de la Santé Publique d'hier en recevant ce soir l'Excellence d'aujourd'hui.

Je tiens tout particulièrement, à ce que ma première pensée, en prenant aujourd'hui la présidence, soit d'adresser à notre vénéré Souverain S. A. Sidi Lamine Pacha Bey, qui daigne accorder aux médecins de Tunisie et à notre Société des Sciences Médicales sa sollicitude éclairée et ses précieux encouragements, l'assurance de notre fidèle attachement et de notre respectueuse reconnaissance.

Je vous prie, Excellence, de vouloir bien la Lui transmettre avec nos déférents remerciements.

Monsieur le Directeur de l'Enseignement,

Vous êtes de toutes nos manifestations : vous prenez part à nos joies comme à nos peines. Instruction publique et hygiène ne vont-elles pas de pair ? A ce titre, vous êtes des nôtres et nous vous remercions de la cordialité, de la confraternité, dirai-je, avec laquelle vous nous accueillez toujours.

J'associe à cet hommage l'Institut des Hautes Etudes, et j'adresse mes remerciements à son Président et à ceux qui, auprès de lui, nous témoignent sans cesse une sympathie agissante dont nous apprécions toute la valeur.

Monsieur le Chef du Service des Relations Culturelles à la Résidence Générale de France,

Nous avons toujours trouvé auprès de vous, et à la Maison de France le plus aimable et le plus bienveillant accueil. Nous vous en remercions et nous vous prions de vouloir bien transmettre à Monsieur le Résident Général de France, l'hommage de notre recpectueux dévouement et de notre profonde gratitude.

Monsieur le Vice-Président Délégué de la Municipalité de Tunis,

En vous exprimant la reconnaissance de la Société des Sciences Médicales de Tunisie, pour l'aide constante et le généreux soutien que vous voulez bien lui accorder, il me plaît d'apporter ici au confrère et à l'ami avec nos remerciements le témoignage de notre affectueuse et fidèle amitié.

Mes chers Confrères,

S'il y avait une chose à laquelle je n'avais jamais pensé, c'était bien d'être appelé aujourd'hui à la présidence de la Société des Sciences Médicales de Tunisie, car non seulement je ne me reconnaissais guère de titres pour y accéder, mais encore, je pensais que j'avais été suffisamment comblé au cours de ma carrière, pour croire que, désormais, il me serait permis de vivre une retraite paisible dans un cadre que je m'étais fait plus conforme à ma nature et à mes goûts.

Si, en effet, mon tempérament s'alliait fort bien avec cette vie modeste mais combien passionnante du Médecin de la Santé Publique que j'ai connue et aimée, il me préparait mal par contre à cette autre vie si différente qui s'offrit à moi par la suite lorsque je fus appelé à diriger la Santé Publique de ce pays. J'ai fait de mon mieux pour m'y adapter, sans toujours y parvenir d'ailleurs.

Aussi, m'étais-je bien promis, lorsque sonna pour moi l'heure de la retraite, de ne plus être qu'un simple spectateur, de ne jamais briguer ni faveurs, ni fonction officielle quelconque, trop heureux de recouvrer une liberté dont j'ai apprécié depuis toute la valeur.

Volontairement retiré sous ma tente, j'ai retrouvé dans le silence du laboratoire auquel je me suis consacré, cette tranquillité d'esprit, ce calme et cette sérénité qui sont l'apanage de ceux qui vivent en paix loin des clans, des rivalités et des vanités de ce monde.

Et voici qu'aujourd'hui, vous me faites faillir à ma promesse, en me portant par vos suffrages à la présidence de votre Société malgré tous les bons et valables arguments que je n'ai pas manqué de vous opposer.

En prenant possession de ce fauteuil, où me placent votre confiance et votre estime, je tiens à vous exprimer toute ma gratitude, en



ANDROTARDYL

POUR L'ANDROGÉNOTHÉRAPIE RETARD

REMBOURSE PAR LA SECURITE SOCIALE

SOCIÉTÉ D'EXPLOITATION DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES SPÉCIALISÉS
SERVICE SCIENTIFIQUE :
89, AVENUE DE LA BOURDONNAIS — PARIS — VIIe
TÉL. INV 74-19

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

même temps que mes appréhensions et mes craintes. L'honneur que vous me faites, je le dois, je le sens bien, moins à mes mérites qu'à votre amitié et à votre indulgence, et surtout, au désir sincère que vous avez tous au fond de vous-mêmes de voir se raffermir entre tous les éléments de ce pays, une union dont les élites et plus particulièrement les médecins ont l'impérieux devoir de donner le plus parfait et le plus fervent exemple.

Et, puisque vous avez bien voulu me choisir pour cette tâche, mon vœu le plus cher, en prenant la présidence cette année, est d'être pour vous et entre vous un trait d'union qui vous fera vous rapprocher, mieux vous comprendre, mieux vous estimer, et donnera par là-même à notre Société des Sciences Médicales et au corps des médecins de Tunisie encore plus de prestige et encore plus de rayonnement.

A cette tâche, je vous convie. Je sais que je ne trouverai auprès de vous que compréhension et bonne volonté. N'avez-vous pas en effet, quelle que soit votre origine, quelle que soit votre religion, suivi côte à côte le même chemin; n'avez-vous pas puisé aux mêmes sources cette formation et cette culture qui vous honorent; ne vous trouvez-vous pas chaque jour aux prises avec les mêmes difficultés; ne vous penchez-vous pas sur les mêmes misères; ne soulagez-vous pas les mêmes souffrances, et n'avez-vous pas enfin les mêmes aspirations et le même idéal ?

Vous faites partie d'une même famille; vous ne pouvez faire œuvre utile et productive sans la participation et l'union de tous. Il s'est forgé entre vous un lien qui vous unit étroitement, que rien ne peut, que rien ne doit briser.

Les luttes partisanes, l'esprit de clan et de chapelle ne sont compatibles ni avec votre dignité ni avec le serment qu'au sortir de la Faculté vous avez prononcé.

Les vents qui soufflent à travers le monde et dont les remous peuvent parfois vous effleurer ne doivent pas vous faire oublier que votre mission essentiellement humaine et charitable vous place hors de leur route, et vous commande impérieusement de rapprocher ce qu'ils essaient de diviser. Car votre rôle à vous qui sondez et connaissez mieux que quiconque l'âme humaine est de l'éclairer, de redresser ses erreurs et de la diriger vers de justes et saines notions. Vous savez bien que ses amertumes et ses égarements ont parfois leurs raisons et qu'il suffirait d'un peu moins d'égoïsme, d'un peu plus de compréhension, et d'un peu plus d'humanité pour les adoucir et ramener dans les cœurs la confiance, l'espoir et la paix.

C'est à cette tâche que je vous convie tous; c'est vers cette union que tendront mes efforts; et, puisque vous m'avez honoré de votre confiance, je ne doute pas que je trouve auprès de vous, de vous tous, l'appui désintéressé et loyal que je souhaite et dont je vous remercie du fond du cœur.

Mes chers confrères, en recevant aujourd'hui le flambeau de la présidence des mains de mon excellent ami Son Excellence le Docteur Ben Raïs, j'ai l'agréable devoir de dire tout le plaisir que j'ai eu à travailler à ses côtés pendant l'année qui vient de s'écouler. L'affectueuse amitié qui nous lie ne pouvait que se renforcer au contact des responsabilités et nous permettre de nous témoigner mieux encore notre mutuelle confiance et notre mutuel attachement. Malheureusement, ses hautes et absorbantes fonctions ne lui laissent pas la possibilité de demeurer notre conseiller au bureau comme nous le souhaitions. Je le déplore avec vous; je lui exprime, au nom de ses collaborateurs du bureau, et en votre nom nos regrets et l'assurance de notre vive sympathie.

Il me laisse la lourde charge de lui succéder, et c'est bien là que se justifient mes appréhensions et mes craintes. Je ne puis vous cacher que j'ai quelques scrupules à m'installer dans ce fauteuil qu'avant moi toute une lignée d'éminents confrères ont si brillamment occupé, et qui, d'année en année, depuis 51 ans, ont fait de votre Société ce qu'elle est aujourd'hui, une véritable école médicale tunisienne, à laquelle nos Maîtres de la Faculté de Paris et des autres Universités ont rendu un particulier hommage.

Les vibrants éloges, qu'à l'occasion de l'année jubilaire, le Professeur Pasteur Valéry-Radot adressait solennellement à votre Société au nom de l'Université de Paris sont un éloquent et glorieux témoignage de son activité féconde. « Parmi les sociétés savantes les plus « réputées, disait-il notamment, la Société des Sciences Médicales de « Tunisie occupe un rang particulièrement enviable. Il y a peu de So- « ciétés Médicales dans le monde qui s'honorent d'avoir tant œuvré « pour la Médecine.» Voilà un bien bel éloge dont vous avez à juste titre le droit d'être fiers. Vous le devez à tous ceux qui vous ont précédés, vous le devez à vous mêmes qui continuez leur œuvre. Je ne citerai aucun nom du passé : ils sont tous présents à notre esprit et nous en gardons le pieux souvenir; je ne citerai aucun nom du présent de peur d'en oublier ou de froisser les modesties. Ce passé, et ce présent engagent l'avenir, et vous font un devoir de persévérer dans l'effort et de porter encore plus loin et toujours plus haut le flambeau que vos ainés vous ont légué. Il reste beaucoup de chemin à parcourir et beaucoup à apprendre. La science évolue avec une telle rapidité que nous nous laisserions facilement surprendre et que nous serions vite dépassés si nous ne nous tenions sans cesse au courant des méthodes et des techniques nouvelles. Et c'est là qu'intervient notre Société des Sciences Médicales dont le rôle essentiel est de suivre pas à pas les progrès constants de la science et de nous en tenir très exactement informés.

Grâce à nos maîtres les plus éminents, qui chaque année se succèdent plus nombreux à cette tribune et nous exposent fidèlement les techniques les plus récentes; grâce à la contribution que chacun de nous apporte; à la qualité, à la variété des communications présentées

PULMOVACCIN

Toutes les affections microbiennes du Poumon

Complexe d'Essences Balsamiques pures

TUBEROL

Voies respiratoires, Coqueluche, Broncho-Pneumonie

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

CANTÉÏNE

PASSIFLORE
(Sédative) 0,50
ELIXIR — DRAGEES — SUPPOSITOIRES

HAMAMELIS VIRGINICA
(Décongestive et régulatrice du système vasculaire)
XXX gouttes

CRATŒGUS OXYACANTHA
(Toni-Cardiaque)
XXV gouttes

SALIX ALBA
(Fébrifuge)
0,25

MENTHE
(Stimulant)
X gouttes

Triade : Sédative, Régulatrice, Décongestive, Hyperactivée

Indication : Eréthisme cardiaque
Neurasthénie, Névroses, Menopause, Insomnie Cardiotonique Hypotensive

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

---

BALSEPTOL

Plaies, Brûlures
Affections gynécologiques

DISURYL

Pyélonéphrites
Cystites, Bacilluries

Pour ADULTES et FILLETTES

VACCINOVULES

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

---

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

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

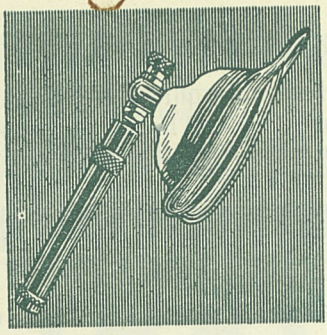
et aux idées profitables à tous qui se dégagent de nos discussions, nous pouvons légitimement accepter l'hommage qui nous a été rendu et dire avec nos maîtres que notre Société a dépassé le stade des Sociétés Médicales de province, qu'elle est devenue une véritable école de perfectionnement, un foyer médical et intellectuel intense dont la réputation grandissante propage bien au-delà de nos frontières le renom des médecins de Tunisie.

Je ne doute pas que l'avenir tienne les promesses de ce brillant passé, et je n'en veux pour preuve que l'émulation et l'enthousiasme des jeunes qui apportent à chacune de nos réunions des idées fort pertinentes et des communications savamment documentées. Ils sont dignes de leurs aînés. Nous pouvons leur faire confiance.

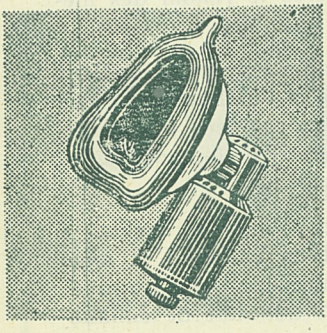
Mes chers confrères, ensemble, avec la seule volonté de servir, je vous invite à continuer l'œuvre dans le travail en commun et dans l'union. Les confrères que vous venez d'élire au bureau, animés du meilleur esprit, sont l'expression même de votre désir unanime de collaboration loyale dans un climat rasséréné. Ils s'efforceront de donner toujours plus de vie et toujours plus de prestige à votre Société. A ceux qui, leur mission terminée, nous quittent, j'adresse en votre nom nos remerciements pour leur concours désintéressé et le dévouement dont ils ont fait preuve. A ceux qui les remplacent je souhaite une cordiale bienvenue. Avec ceux qui restent, ils forment une équipe qui, j'en suis sûr, méritera comme ceux qui les ont précédés, la confiance dont vous avez bien voulu les honorer.

En terminant, mes chers confrères, je voudrais m'excuser d'avoir été aussi long. Je vous ai parlé avec toute ma franchise, en toute loyauté et en toute indépendance. Ne voyez là que mon désir ardent de bonne entente entre tous, afin que dégagés de toute espèce de préjugés, de parti pris d'esprit, de clan et de chapelle, nous travaillions pour le bien de cette Tunisie qui nous est chère, dans un climat de fraternité et d'union. Pour nous tous, Français et Tunisiens, c'est la seule route à suivre; c'est la vraie manière de bien servir notre pays, et de donner à l'entente franco-tunisienne tout son sens et toute sa réalité.

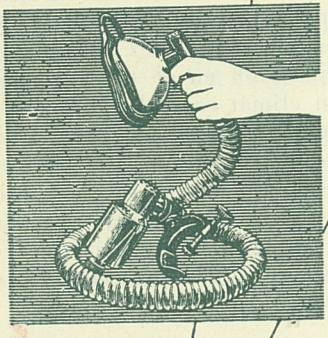
BOROSTYROL
SOLUTÉ ALCOOLIQUE — POMMADE — HUILE — OVULES
TOUTES BRULURES - PLAIES ATONES
Crevasses des Seins - Erythèmes des Bébés - Prurits - Pansements Gynécologiques
Laboratoires MAYOLY-SPINDLER
R. C. S. et O. 50.985 B 16, Avenue des Châteaupieds, RUEIL-MALMAISON, (Seine et Oise) Téléph. MAL. 06-27



trilène n° 1



trilène n° 2



trilène n° 2
avec montage spécial de fixation

Toute la gamme des appareils inhalateurs pour auto-analgésie

TRICHLORÉTHYLÈNE

ICI

LABORATOIRES AVLON S. A.

21, avenue Victor Hugo - Paris 16e - Tél. : Klé. 12-70

CONCESSIONNAIRES DE IMPERIAL CHEMICAL (PHARMACEUTICALS) LTD. FILIALE DE IMPERIAL CHEMICAL INDUSTRIES LTD.

TUNISIE : Ets NOTE - 61, Avenue Garros - TUNIS - Téléphone : 97.090

LES HERNIES DE L'HIATUS ŒSOPHAGIEN (1)

par P. SANTY

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon

Lorsqu'en 1935 CONSTANTINI et MÉNÉGAUX firent leur rapport au Congrès Français de Chirurgie, sur les Hernies Diaphragmatiques ils ne réunissaient que 46 hernies de l'hiatus œsophagien, sur 300 observations.

En 1948, 13 ans plus tard, HARRINGTON apporte 343 cas personnels sur une statistique globale de 430 hernies diaphragmatiques.

Au cours de ces dernières années, de nombreux travaux français et étrangers se sont intéressés à cette manifestation pathologique, cherchant à solutionner les nombreux problèmes posés par ses conditions étiologiques, son évolution, ses complications et son traitement.

Il est même fort curieux de constater, que la hernie de l'hiatus bénéficie d'une sorte de curiosité médico chirurgicale, qui fait que les travaux qui se proposent de l'étudier se sont multipliés de façon inusitée.

C'est en Mai 1939, que le hasard du recrutement de mon service hospitalier, dans lequel la chirurgie digestive et la chirurgie thoracique voisinent, a fait que j'ai eu pour la première fois à traiter un malade, envoyé pour un syndrome gastrique douloureux paroxystique que l'examen radiologique révéla comme étant lié à l'existence d'une volumineuse hernie gastrique au travers de l'hiatus. Depuis cette époque j'ai pu observer 70 cas de cette affection, dans ses différentes manifestations anatomocliniques et ses complications et en opérer 60.

C'est l'étude de ces cas, et les enseignements et la documentation que j'en ai retiré, qui font le thème de cet exposé, son principal intérêt est d'être une statistique homogène; dont les éléments ont été recueillis par le même groupe d'observations.

Il est classique d'admettre, que l'anomalie qui permet à une portion plus ou moins importante de l'estomac, de franchir l'orifice diaphragmatique normalement réservé au seul passage de l'œsophage, est une malformation congénitale qui entraîne un élargissement plus ou moins considérable de cet hiatus, grâce auquel la migration abdomino-thoracique de l'estomac seul, ou accompagné d'autres viscères peut se produire.

(1) Conférence faite à l'Institut des Hautes Etudes le jeudi 19 novembre 1953.

Un excellent travail tout récent de J. Van der Stricht de Bruxelles nous donne un très bon exposé des conditions anatomiques du problème. A l'état normal, l'orifice œsophagien du diaphragme est très étroit. Harrigton qui a eu le mérite de poursuivre cette étude au cours de 1.000 laparatomies, estime que dans 55 % des cas, l'opérateur ne peut pas glisser un doigt à côté de l'œsophage, dans 35 % des cas l'hiatus admet un doigt, dans 8 % des cas deux doigts et dans 2 % des cas trois doigts. Cet anneau est extrêmement musculaire, délimité, en haut par les deux piliers principaux du diaphragme, en bas par les deux faisceaux anastomotiques les réunissant. Dans la plupart des cas, le pilier droit est le plus développé, il peut même se diviser en deux portions qui passent à droite et à gauche de l'œsophage.

Le pilier gauche est toujours plus faible, la demi circonférence gauche de l'hiatus est toujours plus incurvée, l'orifice est du reste toujours déporté vers la gauche.

Les anatomistes, Testut entre autres, éstiment que l'étanchéité de l'anneau diaphragmatique péri-œsophagien est normalement renforcé par un tissu cellulaire dense, contenant quelques plans musculaires pâles constituant un moyen d'union entre œsophage et diaphragme, membrane de Laimer, de Bertelli, ligament phréno-œsophagien. Ce serait cet ensemble qui maintient en position sous-diaphragmatique l'œsophage abdominal et le cardia. Il n'en reste pas moins que la cardia peut à tout moment être animé de mouvements de coulissage au travers de l'hiatus, mais normalement il ne s'élève jamais au-dessus du diaphragme

Il existe par contre des ectopies irréversibles du cardia, qui ascensionne dans le médiastin de façon telle, que l'œsophage devient trop long et sinueux :

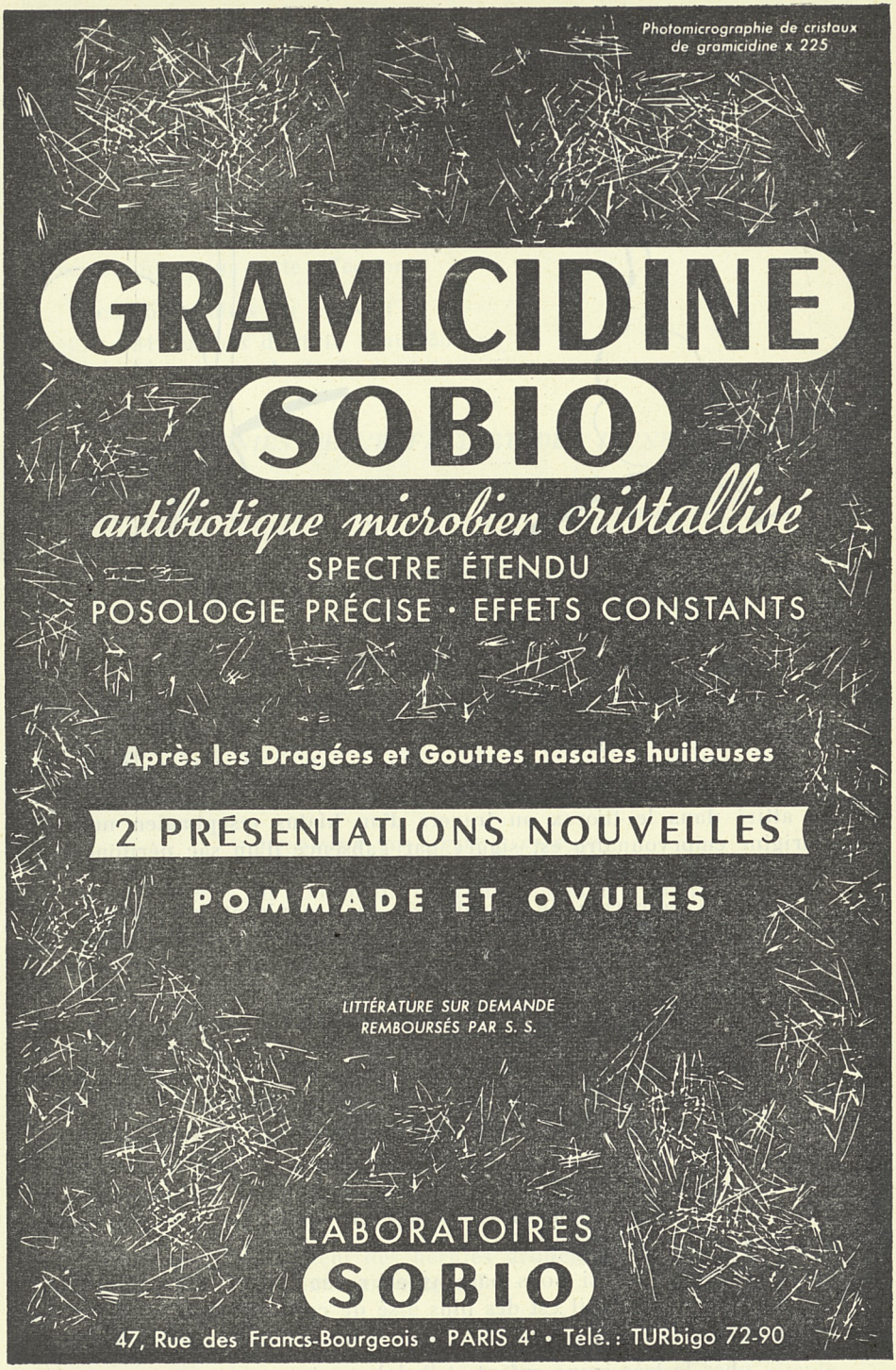
— Hernie hiatale type III d'Akerlund — (fig. I)
Orifice hiatal trop large; atrophie de la membrane phréno-œsophagienne paraissent en être l'origine.

Certains auteurs admettent que quelques processus pathologiques de l'œsophage peuvent tendre à le racourcir (néoplasme, rétraction cicatricielle); à la longue ce processus rétractil à raison de résistance qu'opposent l'hiatus et la membrane phréno œsophagienne, il se forme une hernie gastrique avec œsophage raccourci.

— Dans un autre type (décrit par Eppinger) la grosse tubérosité gastrique franchit seule l'hiatus, le cardia restant en place, c'est la hernie para œsophagienne, l'estomac hernié est coiffé d'un sac péritonéal. (fig. II)

Ces variétés de hernies sont post embryonnaires.

Le péritoine, la plèvre sont présents, simplement relâchés, la couronne vasculaire de l'anneau de l'hiatus est intacte.



TUNISIE : **Agence Pharmaceutique Française**, 8, Pas. du 7 Mai — TUNIS
ALGERIE : Toutes pharmacies
MAROC : **Ets Platon**, 39, Rue du Soldat Jouvencel — CASABLANCA

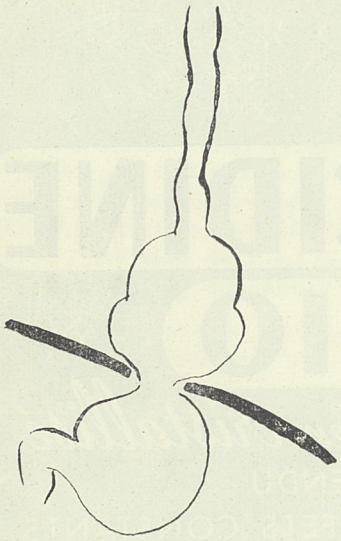


Fig. 1

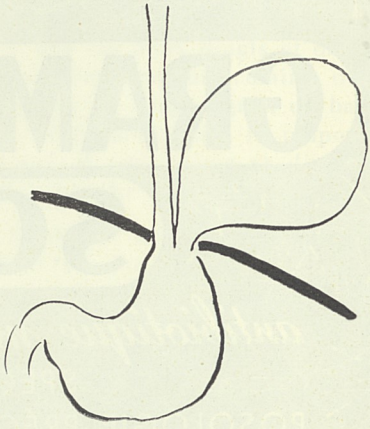


Fig. 2

Le triangle de l'hiatus, triangle de Truesdal a des dimensions exagérées.

Au contraire dans les hernies embryonnaires, c'est l'œsophage qui est atteint de brièveté congénitale, et l'estomac est en position vicieuse, attiré dans le thorax au travers d'un hiatus œsophagien normal. L'origine embryonnaire est signée par l'absence d'un sac péritonéal et les anomalies vasculaires associées.

Quant à la hernie de Bochdaleck, se produisant latéralement au niveau de l'hiatus costo-diaphragmatique, hernie postéro-latérale du trigone lombo-costal, elle est pratiquement très rare et ne nous retiendra pas

Telles sont les données classisques que l'on retrouve actuellement en-tête de tout travail visant à l'étude de ces hernies de l'hiatus. Il n'est pas toujours aisé au cours des interventions chirurgicales d'identifier ces données avec les constatations anatomiques de l'opérateur.

Ce n'est qu'après avoir considéré les conditions dans lesquelles ces hernies hiatales se rencontrent en clinique, que j'essaierai d'envisager leur mécanisme de production. Il est en effet facile de constater dès qu'on fait l'étude critique des cas observés qu'ils ne sont pas superposables.

C'est ainsi, que si nous passons en revue les 70 observations qui me sont personnelles, il est des plus aisé de constater que la hernie du hiatus s'observe avec prédilection aux deux extrémités de la vie :

— chez le très jeune enfant et l'adolescent;

et chez l'adulte à partir de la quarentaine, avec son maximum entre 50 et 60 ans.

C'est ainsi que dans nos propres observations sur les 50 adultes observés, 16 seulement avaient moins de 50 ans.

Une autre constatation intéressante est la nette prédominance du sexe féminin pour cette affection.

Pour 50 adultes on trouvait :

34 femmes dont 10 avant 50 ans
16 hommes dont 6 avant 50 ans.

HERNIES DE L'ENFANT ET DES JEUNES

Ces hernies font penser incontestablement à la malformation et se traduisent avant tout par des troubles gastro intestinaux.

C'est ainsi que le Pr. BERNHEIM nous a confié 3 nourissons de 2, 8 et 9 mois dont la symptomatologie était avant tout constituée par des vomissements répétés, à physionomie d'intolérance gastrique; rapide altération de l'état général et *anémie*. Je reviendrai dans un instant sur ce dernier symptôme d'une physionomie très particulière.

Deux de ces hernies étaient des hernies volumineuses de la grosse tubérosité.

L'autre était le renversement total de l'estomac *volvulé* dans le thorax, la grande courbure en haut

HERNIES DU JEUNE ENFANT

Comme celles du nourrisson dont elle complètent simplement l'histoire, elles sont avant tout la symptomatologie digestive.

Notre série personnelle comprend :

— Un bébé *d'un an* qui nous fut confié pour vomissements et cachexie;

— Un de deux ans et demi pour vomissements et cachexie;

— Une fillette de deux ans et demi qui nous fut amenée pour hématémèse et mœléna répétés ayant entraîné une anémie importante

L'un était une hernie dans laquelle l'estomac avait toute sa moitié supérieure dans l'hémithorax gauche.

Les deux autres étaient des hernies droites, avec inversion gastrique au travers d'un orifice considérable.

J'envisagerai dans le chapitre du traitement des hernies hiatales la technique qui convient à ces hernies du jeune âge. Dès maintenant j'insiste sur la nécessité chez ces tout petits du geste rapide et simple.

ROUSSEL

Aucune sensibilisation
à l'antibiothérapie générale éventuelle

Soframycine
à la Naphtazoline
SOLUTION NASALE

Association d'un antipyogène
et d'un décongestionnant

en flacon nébuliseur de poche

Rhinites - Sinusites
Rhino - pharyngites
Prophylaxie de l'infection
en chirurgie rhinologique

4 à 5 pulvérisations toutes les deux ou trois heures.

LES LABORATOIRES ROUSSEL
140bis, Rue de Rennes - 89, Rue Cherche-Midi, **PARIS** (VIe)
ALGER : Laboratoires ROUSSEL, 28, rue Clauzel
TUNIS : O.S.P., 10, rue Amilcar.
CASABLANCA : Sté Maroc des Lab ROUSSEL, 48, rue Nationale.
SAIGON : Laboratoires ROUSSEL 26, rue Lagrandière.
AUTRES PAYS DE L'UNION FRANÇAISE : Adresser les demandes aux Laboratoires ROUSSEL, 89, rue du Cherche-Midi, PARIS (VIe)

LES HERNIES DROITES

13 % des cas.

Le simple exposé qui précède montre dès le début de cette étude des hernies hiatales que à côté de la hernie gauche; qui répond à l'idée que l'on peut se faire de cette affection, à la lumière de ce que nous savons de l'anatomie de l'hiatus, c'est-à-dire d'un orifice facilement élargi vers la gauche, il existe de gros orifices au devant de la colonne jusque vers la droite permettant le passage de la totalité de l'estomac accompagné parfois par le colon.

C'est ainsi que, surtout chez l'enfant et l'adolescent, mais aussi, bien que beaucoup plus rarement chez l'adulte on peut observer ces énormes hernies, qui posent au chirurgien un problème thérapeutique quelques fois très complexe :

2 fois chez des enfants de 9 à 11 ans, une fille et un garçon;

2 fois chez des jeunes filles de 15 et 19 ans, dont l'une présentait en outre une bronchectasie droite ayant compliqué le diagnostic.

1 fois chez une femme de 30 ans qui avait une migration complète de l'estomac et du colon;

2 fois chez des femmes de 60 et 66 ans, dont l'une paraissait avoir été aggravée par un traumatisme.

Ces sept observations, malgré l'uniformité de leur tableau radiographique avaient une symptomatologie des plus variées, ce qui trouble singulièrement l'idée que l'on peut se faire de leur pathogénie; tantôt découverte fortuite, tantôt gros trouble digestif à type mécanique, tantôt dans un seul cas, histoire typique d'anémie sur laquelle j'aurai à recevoir longuement.

Le traitement chirurgical de ces hernies droites lorsqu'il est décidé sera réalisé le plus souvent par voie thoracique, souvent mais non toujours, puisque les deux femmes plus agées ont été opérées par voie abdominale.

HERNIES GAUCHES

Le plus habituellement et c'est le cas de tous les autres malades de notre statistique, la hernie de l'hiatus s'accompagne de l'ascension plus ou moins complète de la grosse tubérosité gastrique dans l'hémithorax gauche; 78 % des cas.

Tous les degrés peuvent s'observer, depuis la petite saillie décelable seulement par une technique radiologique appropriée, appliquée par un radiologue qui cherche avec soin et patience à mettre en évidence une hernie que certains symptômes ont pu lui faire pressentir, jusqu'à l'ascension des 2/3 supérieur de l'organe au-dessus du diaphragme.

Depuis que l'hernie hiatale a suscité l'intérêt récent que l'on sait, le nombre des cas observés s'est accru dans une proportion considérable, à telle enseigne que l'on a pu se poser la question de savoir ce qui dans les constatations radiologiques constituait le test de l'hernie maladie, par opposition aux découvertes fortuites, à l'occasion d'un examen complet.

Cette notion ressort à l'heure actuelle de nombreux travaux sur la question, c'est le cas notamment d'un intéressant travail du Pr. G. Roux de Montpellier sur ce qu'il appelle « Syndrome de l'anneau œsophagien » dans l'hernie hiatale, où il montre bien la fréquence de la lésion anatomique; il a observé 58 cas et dans 14 de ces cas il a porté une indication opératoire sur l'importance des symptômes observés.

ETIOLOGIE

Un certain nombre de faits doivent retenir l'attention : la fréquence de cette affection chez la femme ménauposée et obèse, et lorsqu'elle se rencontre chez l'homme il s'agit presque toujours également d'un obèse.

Un rôle important doit être accordé aux facteurs d'augmentation de la pression intra abdominale, les grossesses répétées, une grosse tumeur abdominale ont pu jouer le rôle de cause prédisposante.

L'aspect radiologique de l'estomac d'obèse refoulé vers le diaphragme est assez caractéristique, et comme Roux le fait remarquer le thorax d'obèse est élargi vers le bas avec des côtes horizontales, le diaphragme est plat et les tractions excentriques réalisées par l'évasement thoracique contribuent à élargir l'orifice de l'hiatus en lui donnant une forme circulaire.

Si dans les cas de la petite enfance et de l'adolescence tout permet de penser qu'il s'agit bien d'une malformation congénitale, il n'en est pas de même pour beaucoup de ces hernies de l'adulte. Il est sans doute possible d'admettre une malformation légère dans la constitution de l'hiatus, plus large à l'origine que normalement. C'est graduellement que les causes secondaires vont agir pour pousser l'estomac dans l'hiatus élargi, le terme de hernie graduelle leur convient donc bien.

Les modifications de forme et de dimension de l'hiatus peuvent tenir à des modifications anatomiques du squelette vertébral. Une de nos malades atteint de hernie hiatale grave, avec anémie chronique était une grande scoliotique, dont le thorax était considérablement déformé. Malgré cette circonstance peu favorable la cure chirurgicale par voie abdominale a parfaitement guéri cette malade.

...Nouvelle synergie antibactérienne

attendue...

ADIAZINE
A LA
PÉNICILLINE

COMPRIMÉS DOSÉS A :

SULFADIAZINE.....	0,50 G.
BENZYLPÉNICILLINATE DE POTASSIUM..	100.000 U
CARBONATE DE CALCIUM.....	0,25 G.

★

TOUTES INFECTIONS SULFAMIDO OU PÉNICILLINO-SENSIBLES

DU NOURRISSON, DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE

★

Dans les infections graves

COMPLÉMENT DE LA PÉNICILLINOTHÉRAPIE PARENTÉRALE

★

4 A 12 COMPRIMÉS PAR JOUR

98, RUE DE SÈVRES - PARIS-VIIe

THERAPLIX

AGENCES PHERAPLIX POUR L'AFRIQUE DU NORD

ALGER : 100, Rue Michelet

CASABLANCA : 246, Boulevard de la Gare

TUNIS : 56, Avenue Jean-Jaurès

RADIOLOGIE

Chaque radiologue préfère une technique destinée à mettre plus facilement en évidence l'hernie de l'hiatus. La position de Trendlenbourg légère paraissait logique, elle a été longtemps utilisée avec prédilection. A l'heure actuelle le procubitus, les attitudes en oblique antérieur droit, sont préférés par beaucoup de techniciens.

Ces films dont l'obésité de certain malade ne facilite pas la qualité permettant d'identifier non seulement le volume mais la variété à laquelle appartient la hernie.

1° Tantôt, quel que soit le volume de la hernie *l'œsophage et le cardia* sont restés en situation normale, seule la tubérosité est intra médiastinale, c'est dans notre statistique le cas le plus fréquent (25 %).

C'est la variété connue sous le nom de type II d'Akerlund.

2° Tantôt l'œsophage a perdu ses connexions normales, il est intrathoracique, mais a gardé sa longueur et paraît de ce fait trop long décrivant sur les films des ondulations caractéristiques.

C'est le cas type III d'Akerlund.

3° Quand au brachy œsophage vrai avec hernie de l'hiatus, l'œsophage congénitalement court, nous n'avons pas à l'envisager dans cette étude. Nous n'en avons observé qu'un cas chez un jeune enfant techniquement bien difficile à opérer.

ETUDE CLINIQUE

A. *Formes digestives.*

Bon nombre de malades trouvés porteurs de hernies hiatales viennent consulter pour des troubles digestifs qui n'ont rien de très caractéristiques et n'attirent l'attention, que par l'échec des médications usuelles et aussi par leur association avec des symptômes qui eux ne sont pas de l'ordre digestif :

— La dysphagie légère au début du repas.

— Les brûlures par régurgitation œsophagienne.

— La douleur rétrosternale, quelquefois à irradiation dorsale, exagérée par l'effort, par certaines positions, l'attitude génu pectorale, douleur qui peut être gênante et que le malade sait parfois améliorer par un changement de position ou d'attitude.

— Le repas copieux exagère souvent l'importance de ces troubles, que le régime pur et simple peut de ce fait améliorer pour un temps.

MÉDICATION DE DRAINAGE DU FOIE ET DES REINS

HÉPATOSODINE

comprimés - granulé

Hépatisme, Congestion, Ictères
Cholécystites Chroniques

FOIE DES COLONIAUX

DES PALUDÉENS ET DES AMIBIENS

Médication Alcaline Polyvalente

Laboratoires **S. I. T. S. A.** - 15, rue des Champs - ASNIÈRES

AGENTS { Société **PELASMEX**, 8, Rue Ampère - **ALGER**
PELISSARD, 16, Rue Dumont d'Urville — **CASABLANCA**
BISMUTH et Cie, 4, Rue de Strasbourg - **TUNIS**

Produit remboursable par les Assurances Sociales
(Arrêté du 31 août 1949)

CÉPHALOSE *amphétaminée*

A L'ACIDE GLUTAMIQUE

Déficiences intellectuelles
surmenage physique

AMPOULES BUVABLES ★ COMPRIMÉS ★

LABORAL - LABORATOIRES DE L'AEINE
6, PLACE CLICHY - PARIS 9e • PIG. 63-03

Cette symptomatologie peut se compliquer d'hémorragies externes minimes ou importantes, donnant l'illusion de l'ulcère ou de la tumeur gastrique.

Ces hémorragies peuvent du reste créer un état d'anémie aiguë par leur répétition.

J'ai observé 2 malades qui me furent confiés à l'extrême limite de ce syndrome hémorragique et qui ont succombé avant toute possibilité d'intervention chirurgicale à une époque où les moyens de réanimation sanguine n'était pas ce qu'ils sont aujourd'hui.

B. *Formes cardiaques pseudo angineuses.*

La présence dans le médiastin postérieur de la tubérosité gastrique, dont le volume varie suivant son degré de réplétion par les gaz ou par les aliments ingérés, explique assez aisément des réflexes à symptômatologie cardio circulatoire.

Plusieurs malades nous ont été confiés par nos collègues cardiologues qui avaient été consultés pour des phénomènes angineux d'intensité variable.

Tantôt ces troubles s'accompagnaient de signes électrocardiographiques.

Tantôt l'électro était normal.

Souvent aussi les malades atteints de hernie de l'hiatus consultent pour la dyspnée d'effort, de plus en plus marquée et qui en fait des grabataires.

Cette dyspnée intense, à la marche et au moindre effort, que ne suffit pas à expliquer le volume d'une grande tubérosité en ectopie dans le médiastin postérieur tient à une toute autre cause sur laquelle doit se porter une grande partie de l'intérêt que mérite l'étude des hernies de l'hiatus et qui est *l'anémie chronique* que cette affection peut provoquer.

C. *Formes anémiques.*

Ce sont les pédiatres qui ont les premiers décrit ces formes anémiques.

A Lyon Péhu, Bertoyes et Mlle Lambert dès 1931, plus récemment Bernheim et Ravault, et en 1939 Mlle Gady dans sa thèse ont publié des observations démonstratives.

J'ai signalé plus haut l'existence d'anémie aiguë post-hémorragiques, plus souvent c'est sous la forme d'anémies chroniques progressives, donnant au malade l'allure d'un Biermer, soit celle d'un cardio pulmonaire avec dyspnée d'effort et douleurs angineuses, que s'observe cette curieuse complication.

Tout récemment mes collaborateurs Favre-Gilly et Laroyenne ont colligé les observations de nos malades atteints de hernies de l'hiatus

compliquée d'anémie chronique. Il en ont recueilli 16 observations sur les 70 dossiers que nous possédons de hernies hiatals.

Bien que la hernie de l'hiatus soit à l'heure actuelle de plus en plus étudiée et connue, la forme anémique surprend souvent les observateurs qui ne découvrent pas toujours rapidement la véritable étiologie,

Sur les 16 cas recueillis 13 ont été opérés, ce chiffre représente le 1/4 de nos observations des hernies opérées.

Favre-Gilly, a vu en 3 ans 20 cas d'anémie hypochrome, leur étude attentive a permis de voir que 7 fois, la cause était une hernie hiatal, soit le 1/3 des cas.

Dans 3 de nos 16 observations il s'agissait d'enfants de 1 an, 3 ans et 13 ans.

Les adultes avaient plus de 45 ans et moins de 65. Chez certains l'anémie remontait à 8 ans : en moyenne elle durait depuis 2 à 3 ans. La prédominance féminine se retrouve ici comme dans les autres manifestations de la H.D. 11 femmes pour 5 hommes; 2 filles pour un garçon.

La scène anémique peut débuter par une hématémèse (enfants de 1 an — homme de 63 ans) le plus souvent le début ne peut être précisé c'est insidieusement que le tableau se dessine.

Chez l'enfant l'anémie est associée à des troubles digestifs, à des vomissements qui obligent à pratiquer les examens radiologiques et précisent le diagnostic.

Chez les adultes il s'est agi dans la moitié des cas de troubles digestifs de physionomie variée, qui obligent à vérifier l'état de l'estomac

Dans cinq cas la symptomatologie était celle que nous indiquons précédemment, syndrome angineux, dyspnée d'effort.

Trois malades ont présenté avant toute intervention des thromboses veineuses, deux fois bénignes; dans le mollet, plus sévère dans le 3e cas avec localisation à la veine cave inférieure. (Pont et Papillon).

Détail intéressant; le diagnostic initial fut 14 fois sur 16 : anémie chronique, l'existence de la H.D. fut nettement postérieure.

Il s'agit pour ainsi dire toujours d'anémie modérée descendant une seule fois à 2.500.000 et oscillant d'ordinaire autour de 3 millions, du type microcytaire, avec hématocrite très abaissé, et le taux d'hémoglobine inférieur à 50 %, il s'agit donc d'anémie microcytaire et hypochrome.

Les examens du chimisme gastrique ne révèlent rien d'anormal.

Par contre les réactions de Weber pratiquées dans tous les cas ont été positives dans 14 cas sur 16, et dans l'un des cas négatif un mœléna avait été observé quelques semaines avant.

C'est dans les formes associées à une symptomatologie cardiaque que le diagnostic paraît le plus difficile; en présence d'une scène angi-

neuse d'effort, le médecin pense aux coronaires et risque de laisser passer l'anémie, de même dans la forme avec dyspnée d'effort, si l'anémie a favorisé le développement d'un gros cœur et d'un souffle systolique, le médecin pense à la maladie mitrale ou au gros cœur primitif. Dans trois de nos observations ce fut l'échec de la thérapeutique qui amena à réformer le diagnostic initial.

Cela peut être une radioscopie simple qui identifie l'image anormale.

Dans les formes anémiques pures, sans aucun trouble digestif, ni trouble cardio pulmonaire c'est au Biermer ou aux anémies hypochromes essentielles que l'on pense : l'échec des extraits de foie la découverte du Weber positif conduisent à la radioscopie gastrique.

Dans un de nos cas qui a fini tragiquement, chez une malade qui présentait des méthroragie par fibrone, avec anémie, c'est la persistance de cette anémie après hystérectomie qui a finalement fait découvrir la H.D. Malheureusement les modifications sanguines, et les thromboses veineuses faciles qui en sont la conséquence ont compromis les suites de l'opération décidée pour traiter la H.D. et cette malade a succombé à une embolie le 10e jour après l'opération.

La notion qui me paraît la plus intéressante à retenir de l'étude de ces anémies de la H.D. est *la façon de les traiter médicalement* pour pouvoir amener dans les conditions les meilleures le malade au chirurgien.

Les extraits de foie, je l'ai dit sont peu ou pas efficaces, la transfusion n'a qu'un succès éphémère et convient surtout à la préparation pré-opératoire immédiate. Le seul traitement médical rationnel auquel mon collaborateur Favre-Gilly est arrivé à peu près dans tous les cas, est le traitement martial par voie buccale; 5 à 6 grammes de protoxalate de fer par jour, comme dose d'attaque, suivie de 2 à 3 gr. par jour comme dose d'entretien.

L'anémie a toujours été corrigée en 3 ou 4 semaines, mais l'abandon du traitement pendant un mois a été accompagné de rechutes.

C'est dire, que lorsque la médication martiale a relevé le chiffre de globules et la valeur globulaire il faut confier le malade au chirurgien.

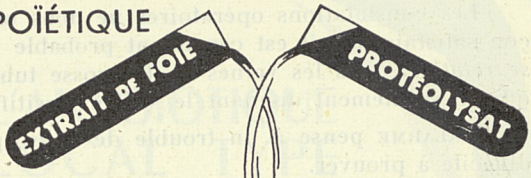
Un facteur de haute gravité dans ces formes anémiques est la fréquence et la gravité de *complications veineuses;* sur lesquelles Pont et Papillon à Lyon ont attiré l'attention en 1952 et Lian, et Velti à Paris en 1953.

Sur nos 13 opérés nous avons eu 2 embolies mortelles et 7 malades sur 16 avaient fait au cours de leur évolution pré-opératoire des thromboses des membres ou des embolies, alors que chez nos malades sans anémie il n'y a pas eu un seul cas de thrombose veineuse.

Chez nos derniers opérés pour H.D. avec anémie nous avons utilisé l'héparine sans aucun inconvénient.

Qu'elle est *l'étiologie exacte des spollations sanguines* qui paraissent provoquer ces anémies microcytaires hypochromes ?

SYNERGIE HÉMATOPOÏÉTIQUE



PROTIGÉNYL

MÉDICATION STIMULANTE ÉNERGIQUE

Toutes les indications des extraits de foie et des protéolysats

en Médecine :

ANÉMIE de BIERMER
PROTIGÉNYL FORT, 1 à 3 amp. par jour

ANÉMIES MOYENNES et LÉGÈRES
ASTHÉNIES, CONVALESCENCES
PROTIGÉNYL FORT, puis NORMAL et GRANULÉ

PRÉTUBERCULOSE, RACHITISME
SUPPOSITOIRES et GRANULÉ

en Pédiatrie :

GASTRO-ENTÉRITE du NOURRISSON
SOLUTION INGÉRABLE STÉRILE
spécialement dosée

en Chirurgie :

PRÉPARATION PRÉ-OPÉRATOIRE
PROTIGÉNYL FORT et GRANULÉ
à haute dose (100 à 300 g par jour)

5 formules

INJECTABLE FORT
Extrait purifié de **200** g de foie frais et 0,25 g de protéolysat par amp. de 5 cm 3

INJECTABLE NORMAL
Extrait purifié de 30 g de foie frais et 0,25 g de protéolysat par amp. de 5 cm 3

GRANULÉ
Extrait purifié de 36 g de foie frais et 2,70 g de protéolysat par cuillerée à soupe

SUPPOSITOIRES
Extrait purifié de 30 g de foie frais, 0,25 g de protéolysat, gluconate de calcium, et Vitamine D_2

SOLUTION POUR NOURRISSONS
Extrait purifié de 20 g de foie frais et 0,40 g de protéolysat par amp. à ingérer

LABORATOIRES RONCHÈSE - NICE

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

Les constatations opératoires ne nous ont jamais renseignés de façon satisfaisante, il est cependant probable que c'est une *stase veineuse relative,* dans les veines de la grosse tubérosité herniée, qui provoque le suintement donnant le Weber positif.

Malarme pense à un trouble de l'absorption du fer, qui est aussi difficile à prouver.

Il est en tous cas intéressant de remarquer que l'examen systématique des selles chez les malades porteurs de hernie de l'hiatus révèle très fréquemment des réactions de Weber positives en dehors de toute anémie constituée. Il semble donc bien que la situation ectopique de l'estomac entraine l'existence de petits saignottements de la muqueuse. C'est la répétition pendant un laps de temps prolongé et l'exagération de ce phénomène qui aboutit à l'apparition de ces formes d'anémie chronique.

D. *Formes associées.*

La pathologie gastrique est trop riche, pour que la coexistence d'une lésion de l'organe, ne vienne pas surajouter sa propre symptomatologie à celle de la hernie de l'hiatus.

C'est tantôt un ulcère gastrique ou duodénal, qui peut donner le change sur l'origine d'une hématémèse; j'ai même eu l'occasion de découvrir une gastrectomie assez étendue, qui avait été pratiquée chez une malade atteinte par ailleurs de hernie de l'hiatus que l'opérateur avait entièrement ignorée.

Chez une malade récemment observée, l'estomac, dont la grosse tubérosité était intra thoracique présentait en outre un cancer prépylorique.

Chez deux de nos opérées de cancer de l'œsophage inférieur existait une hernie de l'hiatus que l'on pouvait considérer comme providentielle puisqu'elle avait préparé en quelque sorte l'ascension de l'estomac, favorisant en celà l'anastomose œsogastrique.

Nous avons également observé chez un malade porteur de hernie de l'hiatus, un volumineux diverticule épiphrénique de l'œsophage qui a pu être opéré conjointement avec la cure de hernie. Il faut du reste souligner que certaines hernies de l'hiatus jouent à s'y méprendre l'aspect radiologique d'un diverticule épiphrénique et ce n'est parfois qu'en multipliant les films de la région qu'on parvient à affirmer qu'il s'agit de l'une ou de l'autre lésion.

COMPLICATIONS....

On ne peut pas ne pas être frappé par la rareté des complications mécaniques dans cette affection. Certains documents radiologiques incitent à penser que la portion herniée de l'estomac est tellement volumineuse ou tellement à l'étroit dans la traversée diaphragmatique que l'on est surpris de l'absence de troubles du transit. Une fois cependant



Pub. S. B.

PHARMOFFICE : 1, Boulevard Bugeaud — ALGER.
Diffusion Pharmaceutique Marocaine : 62, Rue St-Saëns — CASABLANCA.
SARRABIA : 35, Boulevard Vauban — MONTFLEURY - TUNIS (Tunisie).
BONNIOT : 37, Rue Miche — SAIGON (Indochine).
GUIGON : Boîte postale 513 — DAKAR (Sénégal).
SO.A.C.I.A. : Boîte postale 815 — ABIDJEAN (Côte d'Ivoire)
LABOREX : Boîte postale 872 — DAKAR (Sénégal).
Coopérative Pharmaceutique Martiniquaise : Boîte postale N° 362 — FORT DE FRANCE (Martinique).

il m'est arrivé d'intervenir d'urgence chez un malade, qui présentait un blocage complet depuis plusieurs heures, avec impossibilité de s'alimenter.

Ce genre de complications peut aller jusqu'à l'étranglement sévère du segment hernié comme nous l'avons observé chez une femme qui nous fut confiée dans des circonstances tragiques, son étranglement s'étant constitué alors qu'elle se cachait misérablement pour échapper à la Gestapo.

TRAITEMENTS

Indications chirurgicales.

L'exposé qui précède permet de les préciser assez simplement.

Il est de toute évidence que ces indications diffèrent radicalement suivant l'âge du sujet, et qu'il ne saurait y avoir d'assimilation entre les hernies des nourrissons, de l'enfance et de l'adolescence avec celles de la cinquantaine.

Chez le nourrisson l'indication est posée par le pédiatre anxieux de voir la chute de poids de l'enfant dont l'alimentation est entravée par des vomissements fréquents, puis continuels, qui posent souvent la question d'une décision rapide. Aux régurgitations alimentaires s'ajoutent parfois des hématémèses, des moélénas, l'anémie complique encore la dénutrition.

Les radiographies montrent des formes variables de hernies, parfois d'un volume considérable, malformation complexe, avec l'estomac inversé dans un seul ou dans les deux hémithorax, parfois au contraire d'un volume restreint sans que la gravité des troubles observés correspondent au volume de la hernie.

Dans les premiers mois de la vie, c'est au geste abdominal simple et rapide que j'ai recours, la réduction est en général très facile; l'oblitération de l'hiatus l'est souvent moins et varie beaucoup d'un sujet à l'autre.

Lorsque l'enfant est dans un état grave, ce qui est assez fréquent je me contente d'un geste bien simple, la gastrotomie, qui constitue un excellent moyen de fixation de l'estomac en même temps qu'il permet la reprise immédiate de l'alimentation.

Le plus souvent la sonde a pu être supprimée au bout de quelques semaines.

Chez l'enfant plus grand, à partir de 8 à 10 mois la voie thoracique nous a paru très simple et bien tolérée. Le jeune enfant supporte très bien la thoracotomie qui ne ralentit que très peu de temps son activité.

Le geste de réparation dépend de l'étendue de la brèche, il est parfois, dans les larges malformations de réalisation très difficile et nous a obligé chez un enfant à 3 temps successifs.

Chez l'adolescent, la voie thoracique nous a toujours paru préférable, soit à droite, soit à gauche, mais comme chez le jeune enfant les difficultés rencontrées varient beaucoup d'un sujet à l'autre, elles peuvent être considérables lorsque la brèche passe au devant de la colonne et désinserre presque tout le diaphragme postérieur. Il est cependant réconfortant de constater qu'à l'heure actuelle ces reconstitutions donnent des résultats très satisfaisants et comportent des suites le plus souvent rapides et simples. Il s'agit là de manifestations pathologiques strictement chirurgicales; seule l'impossibilité d'agir efficacement, à cause des dimensions de la brèche diaphragmatique peut faire repousser l'opération.

Chez l'adulte. — Le problème est plus complexe, et de toute évidence l'indication opératoire dépend de facteurs qui demandent à être pesés avec soin.

Alors qu'il y a seulement quelques années, n'étaient montrés au chirurgien que les malades porteurs de volumineuses hernies, ou de hernies entraînant de gros troubles, soit digestifs, soit réflexes, soit anémiques, à l'heure actuelle le nombre de malades découverts porteurs de cette affection est considérable et une partie seulement d'entre eux peuvent être appelés à être traités chirurgicalement.

Seule l'importance des troubles engendrés par la hernie doit imposer l'intervention, une hernie même volumineuse découverte fortuitement et n'entraînant aucun trouble peut être tolérée, parfois fort longtemps sans être montrée au chirurgien.

Les accidents aigus sont très rares, puisque sur 70 malades observés nous n'en avons rencontré que 2 cas, un étranglement vrai et un blocage, tous les deux opérés par voie abdominale.

C'est donc de propos délibéré et après des examens complets, que l'indication sera posée.

Les conditions opératoires se sont profondément modifiées depuis l'époque à laquelle j'ai commencé à m'intéresser à cette question.

Mes premières opérations en 1938 ont été pratiquées sous anesthésie locorégionale, ce qui chez une femme obèse de 50 ans représentait, dans le cas de la voie abdominale, la plus couramment utilisée, une entreprise souvent pénible et il faut le dire imparfaite quant aux possibilités de fermeture de l'hiatus.

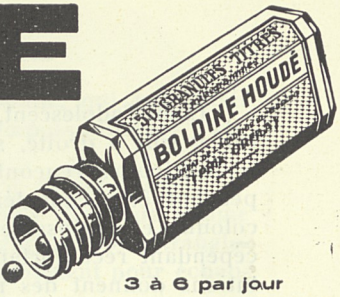
L'apparition de l'anesthésie moderne, la curalisation, ont dans ce domaine, comme dans beaucoup d'autres modifié considérablement la situation.

Quelle que soit la voie d'accès choisie, les facilités obtenus sont telles, que le geste utile peut être presque toujours réalisé avec sécurité.

Les opinions sont assez divisées sur le choix de cette voie d'accès et HARRINGTON qui semble l'opérateur dont la pratique est la plus considérable reste convaincu des qualités de la voie abdominale.

BOLDINE HOUDÉ

GRANULES
TITRÉS
à 1 milligramme



3 à 6 par jour

FOIE

LITHIASE BILIAIRE
CONGESTION DU FOIE
HYPERTROPHIE DU FOIE
INSUFFISANCE HÉPATIQUE

Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

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

Génésérine

SÉDATIF
DE L'HYPEREXCITABILITÉ SYMPATHIQUE

l'hypoacidité, la dyspepsie atonique, le syndrome solaire
des estomacs paresseux, la tachycardie,
les palpitations **des cœurs nerveux**

20 à 30 gouttes, ou 2 à 3 granules à chacun des 3 repas
ou une ampoule de 2 milligr. en injection sous-cutanée quotidienne.

Laboratoires AMIDO - 4, Place des Vosges - PARIS

C'est par elle que j'ai commencé et 24 de nos opérés l'ont été par voie abdominale. A l'heure actuelle j'ai presqu'exclusivement recours à la voie thoracique qui m'a permis chez 40 malades d'intervenir utilement et presque toujours avec une grande facilité.

J'insiste volontiers sur la facilité de la voie thoracique, chez le gros obèse, alors que la voie abdominale est chez lui une entreprise risquée.

C'est par résection de la 9e côte, de la colonne au cartilage respecté, que le thorax est abordé, cette thoracotomie basse trouble peu la fonction respiratoire dans les suites immédiates et est en général très bien supportée, elle donne un accès très effectif sur la région médiastinale inférieure et permet une investigation beaucoup plus précise de la brèche diaphragmatique, que la voie abdominale.

Le plus grand nombre de ces thoracotomies a été fait à gauche. Il arrive que l'état des bords de la brèche complique sérieusement par leur minceur la reconstitution souhaitée, j'ai de plus en plus recours à la transposition de l'œsophage disséqué et ramené dans le segment antérieur de l'hiatus; les points de nylon robuste réunissant les bords de l'hiatus en arrière de lui, en avant de l'aorte.

Les cas les plus difficiles sont ceux où l'œsophage paraît racourci s'insérant sur un cardia entièrement intra médiastinal, malaisé à être ramené en position sous diaphragmatique.

Chez l'enfant c'est alors d'un vrai brachy œsophage qu'il s'agit et le problème paraît insoluble.

Chez l'adulte on arrive presque toujours en disséquent correctement cardia et œsophage pour lui rendre sa longueur, à faire un abaissement correct.

J'ai montré dans l'exposé concernant la forme anémique, l'intérêt de son traitement chirurgical mais aussi ses dangers.

Je crois que l'intérêt actuel de l'effort réalisé par les hématoloques et les chirurgiens dans ce domaine est d'avoir mis au point une technique qui semble donner satisfaction et permette de traiter ces malades avec sécurité et résultat.

C'est nous l'avons dit, le traitement préalable de l'anémie par la médication martiale qui permet d'amener à l'opération le malade avec un état hématologique satisfaisant et, précocement d'entreprendre dans les suites opératoires dès le soir de l'opération le traitement à l'héparine qui doit s'opposer au risque de thrombose et d'embolie.

A l'heure actuelle, le nombre de malades atteints de hernies de l'hiatus avec troubles importants, que la chirurgie a rendu à une vie normale augmente chaque jour, et l'intérêt suscité par cette pathologie à peine connue il y a une dizaine d'années se trouve justifié par les mises au point, diagnostiques, et thérapeutiques qui en ont résulté.

CHIMIOTHÉRAPIE
DE LA
TUBERCULOSE

ISONIAZIDE SPECIA

HYDRAZIDE DE L'ACIDE ISONICOTINIQUE

VOIE BUCCALE

COMPRIMÉS DOSÉS A 0 g 050

(TUBES DE 100 COMPRIMÉS)

★

INJECTIONS INTRAMUSCULAIRES ET APPLICATIONS LOCALES

AMPOULES DE 5 CM³ A 0 g 250

(BOITES DE 5 AMPOULES)

★

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE ET VOIE RACHIDIENNE

AMPOULES DE 1 CM³ A 0 g 025

(BOITES DE 5 AMPOULES)

SOCIÉTÉ PARISIENNE
D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES
RHÔNE Specia POULENC
PARIS
INFORMATION MÉDICALE
28, COURS ALBERT 1er · TÉL. BAL. 10-70
Boite postale 53-08 Paris 8e

Société des Sciences Médicales de Tunisie

—o—

VENDREDI 4 DECEMBRE 1953

—o—

Communications :

Perforation intestinale au cours d'une fièvre typhoïde — Guérison par le seul traitement médical,

par MM. Raoul DANA, G. BORSONI, Jean et Monique THONIER.

Intérêt de la cholangiographie péropératoire au cours du traitement de la rupture spontanée des kystes hydatiques du foie dans les voies biliaires,

par MM. Roger GANEM et Jacques BARSOTTI.

Crise d'asthme gravissime jugulée par une injection intraveineuse de chlorydrate de morphine,

par MM. André CORCOS et A. STA-MRAD.

Le traitement des ulcères gastro-duodénaux est-il à reviser ?

par MM. Jean DEMIRLEAU, A. HAGÈGE et B. DAOUD.

Foie - Fer - Cobalt

TOT' HÉMA

8 gammas
Vitamine B12

Une à deux **ampoules buvables** par jour

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

COLLOGÈNE D'ARGENT

FURONCULOSE
Abcès du sein
Urétrites banales
COLIBACILLOSE

ADULTES : 8 à 12 comprimés par jour pendant 4 semaines

ENFANTS { à partir de 7 ans : 3 à 6 comprimés par jour
jusqu'à 7 ans : 1 comprimé par jour

—o—

AUCUNE TOXICITE

Laboratoires JEANSON — 4, rue du Marché Saint-Honoré
PARIS (1er) — Tél. : OPÉra 07-80

Traitement médical et guérison d'une perforation intestinale au cours d'une fièvre typhoïde traitée par le chloramphénicol

par Raoul DANA, Gilbert BORSONI, Jean et Monique THONIER
de l'hôpital de la Libération

—o—

La perforation intestinale au cours de l'évolution d'une fièvre typhoïde reste une éventualité redoutable, que l'emploi du chloramphénicol n'a pas fait disparaître d'une manière définitive.

Logiquement, le traitement de cette complication paraît devoir être uniquement chirurgical. Les résultats des diverses interventions, tour à tour préconisées, n'ont pas justifié les espérances du thérapeute, et une lourde mortalité entâche les statistiques les meilleures. C'est la raison pour laquelle nous nous sommes crus autorisés à traiter médicalement le malade dont nous rapportons l'observation.

*
* *

Tahar ben K..., âgé de 16 ans, entre dans le service le 3 octobre 1953 pour épisode fébrile avec vomissements et dont le début remonterait à quelques jours.

Le tuphos est important, le malade est abattu, prostré.

Les nausées sont fréquentes.

Le ventre est un peu tendu.

Il existe une diarrhée importante et fétide, très légèrement sanglante.

La température est à 38°-38°5. Le pouls à 80.

L'examen clinique montre :

Un abdomen météorisé dans son ensemble.

Un langue caractéristique.

Une rate palpable.

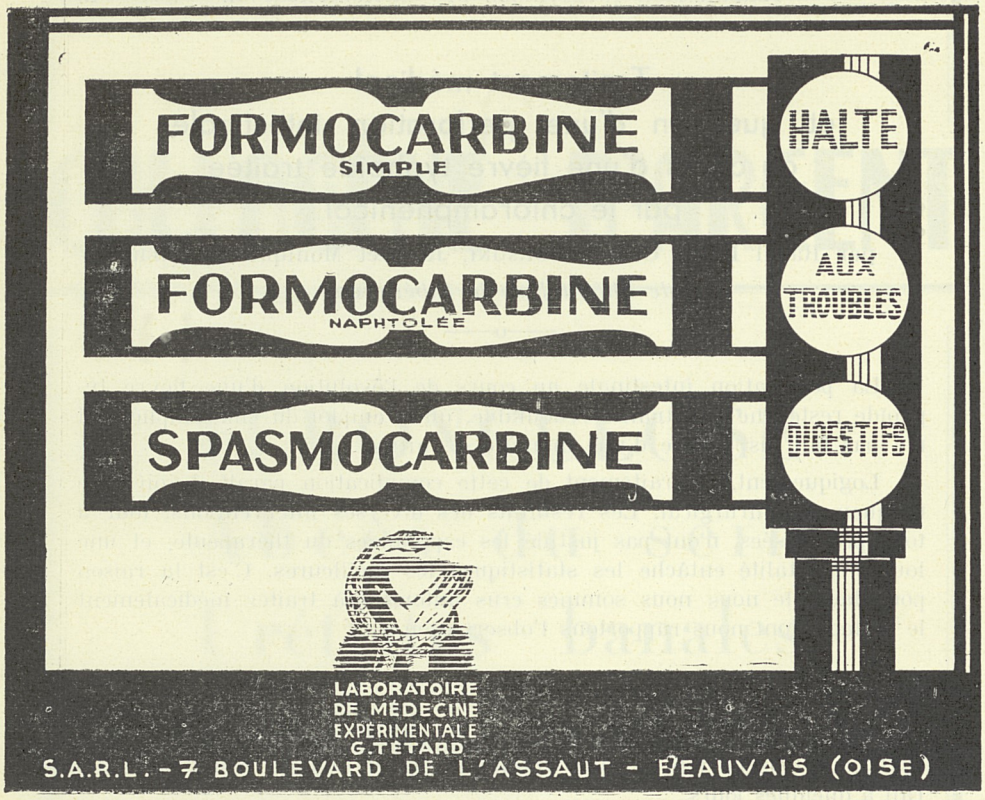
Il existe de plus un léger épanchement liquidien de la base droite.

Le diagnostic clinique de fièvre typhoïde est confirmé par le laboratoire qui montre :

Un séro-diagnostic positif à l'Eberth au 1/100e antigènes O et H.

L'hémoculture est négative.

Le premier hémogramme montre déjà une polynucléose importante :





LABORAL - LABORATOIRES DE L'**AEINE** • 6, PLACE CLICHY - PARIS 9e • PIG. 63-03

4.000.000 de globules rouges;
14.600 globules blancs dont :
84 % de polynucléaires;
3 % de monocytes;
13 % de lymphocytes.

Les urines sont normales.

Le traitement est institué dès l'entrée du malade dans le service. Nous préconisons : chloromycétine, ganidan; tonicardiaques variés et glace sur le ventre.

La température continuant à osciller entre 38°5 et 38°, on ajoute au traitement de la streptomycine (1 gr. par jour). Elle tombe alors à 37°.

L'état général reste stationnaire. Le malade est abattu. Surtout l'abdomen est très météorisé, distendu par les gaz, malgré la glace et les sondes rectales. Les selles sont maintenant rares.

Enfin, le 9 octobre au matin, le tableau clinique devient dramatique :

La douleur abdominale spontanée est vive.

La température est à 36°5.

Le pouls est petit, filant. La T. A. est effondrée.

L'état de choc est impressionnant.

Par la suite surviendront des vomissements porracés.

A l'examen, l'abdomen est de bois, distendu et partout douloureux.

Quelques heures après, on note une disparition complète de la matité hépatique. Les chirurgiens consultés confirment notre diagnostic de perforation intestinale sthénique. Une radiographie faite le lendemain, montre une énorme distension intestinale avec croissant gazeux sous-phrénique.

On surseoit cependant à l'opération et l'on institue le traitement médical suivant :

— Aspiration duodénale continue pendant 54 heures.
— Sérums glucosés et physiologiques à raison de 1 l. 500 à 2 litres par jour.
— Tonicardiaques majeurs.
— Transfusions sanguines de 150 cc. à 200 cc. de sang frais.
— Soludagénan.
— Pénicilline, streptomycine et chloromycétine.

La formule sanguine faite à ce moment montre :

3.670.000 globules rouges;
10.000 globules blancs dont :
74 % polynucléaires;
2 % de monocytes;
24 % de lymphocytes.

N. B. — L'épanchement liquidien minime s'est résorbé.

L'état du malade reste alarmant pendant 2 jours, l'abdomen restant distendu et douloureux, le pouls petit et rapide.

L'aspiration duodénale est interrompu le troisième jour; une première selle est émise également ce jour-là.

Petit à petit, après une poussée fébrile à 39°, l'amélioration se précise. L'abdomen retrouve sa souplesse. L'état général s'améliore très rapidement. La température redevient normale au 7e jour. Le malade a faim, signe de guérison. Une alimentation liquide est cependant jugée prudente jusqu'au 25 octobre (soit 16 jours après perforation).

Tout traitement est interrompu le 30 octobre. Une radiographie de contrôle faite, montre un intestin redevenu normal.

Le malade parachève sa convalescence qui n'a été compliquée que par l'apparition de deux abcès, l'un à la jambe, l'autre au bras où l'on trouve du staphylocoque dorée.

Un contrôle radiologique récent ne révèle aucune anomalie.

La première observation de ce genre a été rapportée par Woodward en 1948.

Puis Claisse et Cosnier en 1950 en rapportent une autre à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris et font observer que de tous les malades opérés depuis cinq ans à l'Hôpital Cochin pour une perforation typhoïdique aucun n'a survécu.

Bailey en rapporte deux cas.

Ravina, puis Benhamou en rapportent chacun un cas en 1950.

Pendant la même période, Bourgeon et Choussat rapportent une guérison post-opératoire sous couvert d'antibiotiques.

Ici-même, Ganem et M'barek en citent une observation.

Enfin, El Ramli du Caire, associant les deux traitements, en présente 7 cas avec 5 guérisons dont 3 opératoires, toujours grâce aux antibiotiques associés.

Les deux tendances médicale et chirurgicale s'affrontent donc sur ce problème. Or, si l'on hésite actuellement à traiter chirurgicalement une perforation d'ulcus qui survient en tissu sain, comment ne pas envisager l'abstention chirurgicale au cours d'une perforation typhique qui n'est que l'aboutissement extrême d'un infarcissement parfois très étendu d'un segment de l'intestin.

Dès octobre 1950, Benhamou d'Alger définissait la ligne de conduite suivante :

« Si dans les perforations sthéniques, l'intervention est indiquée, quand après la sixième heure, ou même plus tard, les symptômes abdo-

minaux ne s'amendent pas et que l'état général reste encore satisfaisant, par contre, dans les perforations asthéniques, dans le tableau d'une fièvre typhoïde sévère, d'une forme maligne souvent compliquée de myocardite et d'encéphalite, l'intervention chirurgicale est nettement contre-indiquée. »

Cependant, malgré les progrès des thérapeutiques médicales, il faut consulter le chirurgien dès la première heure, afin qu'en liaison avec le médecin, il puisse juger, d'heure en heure, des résultats obtenus et décider du traitement à poursuivre ou à modifier.

Antialgique - Antithermique - Antigrippal

THERMALGINE

Quinine - Phénacétine - Caféïne

COMPRIMES — SUPPOSITOIRES ADULTES ET ENFANTS

—o—

THERMALGINE VITAMINÉE C

12 cgr. de Vitamine C. par comprimé dragéifié

LABORATOIRES NEOTHERA, 83, Rue St-Charles — Paris XVe

EXO-THION "Cicatrisations"

INOSIMÉSOL-CHOLINE "EGIC" "Insuffisances Hépatiques"

INOSIMÉSOL-CHOLINE "EGIC" : Boîte de 6 et 18 ampoules buvables
EXO-THION : Poudre et Pommade

L'ÉQUILIBRE BIOLOGIQUE - COMMENTRY - ALLIER

Wallace et Draeger

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

58 d PAUL-MARTIAL

principe
lipocaïque
pancréatique

LIPORMONE

comprimés 10 cg.
(boîte de 30 comprimés)

hépatostéatoses endocriniennes,
toxiques ou infectieuses

complications vasculaires
et oculaires du diabète

troubles du métabolisme
des lipides

athérome - artériosclérose

xanthomatoses - psoriasis

4 à 6 comprimés par jour

Remboursé par la S. S.

LABORATOIRE CHOAY

48, AVENUE THÉOPHILE GAUTIER PARIS 16e

TUNISIE : Agence Pharmaceutique Française, 8, Passage du 7 mai, TUNIS

Intérêt de la cholangiographie per-opératoire au cours du traitement de la rupture spontanée des kystes hydatiques du foie dans les voies biliaires

par Roger GANEM et Jacques BARSOTTI
Hôpital de la Libération

—o—

Depuis la thèse de BERTHAUT (1883), des polémiques multiples et célèbres ont eu lieu, chaque fois qu'il s'est agi de fixer le traitement des kystes hydatiques rompus dans les voies biliaires.

QUÉNU, dans son rapport de 1906, LECÈNE et MONDOR dès 1914, DÉVÉ, à différentes reprises à la Société de Biologie ou de Chirurgie, s'étaient faits les défenseurs de la thèse française, à savoir l'intervention unique sur les voies biliaires.

A l'opposé, les Sud-Américains, sous l'influence de FINOCHIETTO (Congrès de Buenos-Ayres en 1922), d'Allente (1923) défendaient fermement l'ouverture seule du kyste.

L'école nord-africaine enfin, avec COSTANTINI, adoptait une solution plus éclectique, penchant malgré tout, elle aussi, vers le drainage seul du kyste (SABADINI — Revue Générale, Journal de Chirurgie, 1932).

L'emploi systématique de la cholangiographie per-opératoire au cours de toute la chirurgie biliaire, et plus récemment au cours de la chirurgie du kyste hydatique (1er Congrès Mondial du Kyste Hydatique, Alger 1951, Communication de BOURGEON et PIÉTRI) permet :

1° de découvrir des kystes hydatiques du foie cliniquement muets;

2° d'envisager le problème thérapeutique sur des bases beaucoup plus rationnelles.

Nous vous rapportons à ce propos l'observation suivante :

La nommée Chedlia Bent A..., 35 ans, est hospitalisée d'urgence le 16 juin 1953, pour un **ictère fébrile et douloureux**, datant déjà de huit jours. L'examen montre alors peu de chose : un ictère de type rétentionnel, avec une poussée fébrile à 40°, la palpation de l'hypocondre droit est douloureuse, il y a un empâtement sans résistance vraie. En 48 heures, sous l'effet d'un traitement banal, tous les phénomènes s'estompent; la malade sort sur sa demande. Le diagnostic évoqué a été celui d'accident lithiasique. On retrouve dans ses antécédents des crises comparables depuis deux à trois ans, à intervalles irréguliers.

Un mois plus tard, le 11 juillet, nouvelle hospitalisation pour crise typique de coliques hépatiques extrêmement violentes subintrantes, mais sans phénomènes ictériques et sans ascension thermique notable. Un

traitement médical (type celui de JOUANNEAU et GÉOFFROY — Presse Médicale du 25 janvier 1952) est institué : atropine-théophilline alternés — glace et tubages duodénaux.

L'amélioration est manifeste; au bout de huit à dix jours, tout rentre dans l'ordre. Des examens complémentaires sont demandés en vue d'une intervention :

Urée et glycémie sont normales.

Le tubage duodénal simple, puis minuté, ne montre rien.

L'analyse de la bile relève l'absence d'éléments parasitaires et cellulaires, la présence de levures et pneumobacilles.

Radio sans préparation : pas de calculs, mais ce cliché revu en post-opératoire, montre déjà quelques strates calcifiées passées inaperçues et qui marquent le bas-fond de la poche kystique.

Après préparation : vésicule bien injectée, d'apparence normale.

La malade refuse l'intervention et quitte le service le 4 août.

Mais trois semaines plus tard, troisième hospitalisation avec encore un tableau comparable : crises de coliques hépatiques subintrantes. Cette fois-ci, l'intervention est décidée rapidement après les examens pré-opératoires habituels. En voici le protocole :

Opérateur : Docteur BARSOTTI.

Anesthésie en circuit fermé, avec intubation - pentathol - éther - curare. Incision paramédiane-transrectale, type CHAMPEAU, opérateur à gauche. La vésicule est grosse, ses parois sont normales, la bile est très foncée. Le cholédoque, par contre, est très dilaté, gros comme un doigt, de teinte bleutée. Sa ponction montre une bile épaisse, foncée. Une injection à la seringue (en l'absence d'appareillage de CAROLL) de ténébryl A. montre un arrêt net sur le bas cholédoque, des voies biliaires dilatées dans leur ensemble, et surtout au niveau du lobe droit du foie, une image floue, lacunaire, révélant une poche kystique.

L'ouverture du cholédoque confirme le diagnostic : par la brèche fait aussitôt saillie une vésicule fille de la grosseur d'un grain de raisin partiellement flétrie. Dès obstruction et vérification de la perméabilité cholédocienne : un drain de Kerh, un drain sous-hépatique, et fermeture de la paroi en trois plans. (La situation haute et postérieure du kyste ne permet pas son abord par cette voie).

Sur les indications de la kystographie : 2e incision le long de la neuvième côte, sur la ligne axillaire moyenne; voie sous-pleurale trans-diaphragmatique, qui permet d'aborder un gros kyste, contenant peu de liquide louche et bilieux, mais de nombreux vésicules filles et une membrane-mère flétrie. Traitement habituel du kyste après formolage - drainage.

Les suites opératoires sont simples : une poussée thermique passagère, due vraisemblablement à une angiocholite, la bile s'éclaircit rapi-

NÉVROSTHÉNINE -GLYCOCOLLE

FREYSSINGE



ASSOCIATION

DE GLYCÉROPHOSPHATES ET DE GLYCOCOLLE

TONIQUE NERVIN-MUSCULAIRE RATIONNEL

AUCUNE CONTRE-INDICATION

REMBOURSÉ SÉCURITÉ SOCIALE

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

dement et s'évacue en majeure partie par le drain de Kerh, très peu par le drain kystique. Les selles se recolorent progressivement.

Des clichés post-opératoires montrent :

par le drain de Kerh, une parfaite perméabilité du cholédoque, les anses grêles étant rapidement imprégnées;

par le drain kystique : une poche importante avec un canal d'évacuation biliaire très gros et qui semble bien être la branche droite de l'hépatique.

Au 2e jour, le drain cholédocien est enlevé.

Signalons que, par prudence, des instillations d'éther (Pribram) ont été faites à différentes reprises, pour permettre l'évacuation d'autres débris hydatiques. Le drain kystique a été laissé plus longtemps. Comme le conseillent, en effet, BOURGEON et PIÉTRI, celui-ci doit demeurer jusqu'à détersion complète de la cavité.

Sa présence inverse le courant biliaire qui se fait dans le sens : voies biliaires, kyste, fistule cutanée. Une fois la poche propre et désinfectée (dans notre observation, une vingtaine de jours) on a tout intérêt à l'enlever après vérification radiologique de la persistance de la fistule biliaire. Le courant est ainsi rétabli dans son sens normal : kyste, voies biliaires. L'orifice cutané n'a d'ailleurs pas tardé à se cicatriser.

L'état général de cette malade s'est rapidement amélioré. Tout au long des suites post-opératoires, les selles surveillées n'ont pas montré d'autres débris hydatiques.

Un traitement tonique général et de protection hépatique a naturellement été institué parallèlement aux soins locaux.

Cette observation appelle quelques commentaires :

1° En pays d'endémie comme la Tunisie, il est certain que le diagnostic de rupture de kyste hydatique dans les voies biliaires aurait dû être soulevé (malgré sa relative rareté (DÉVÉ, 5 %) (0,5 à 1 % pour de nombreux auteurs), mais le terrain, l'évolution chez cette femme musulmane, un peu obèse, poussaient plutôt vers la lithiase, non moins fréquente ici.

2° La cholangiographie per-opératoire, et mieux la radiomanométrie, associée ou non à la kystographie, se révèlent indispensables pour fixer la conduite à tenir :

Kyste connu : kystographie qui permet de voir ses relations avec les voies biliaires, l'importance de la fistule, la perméabilité du cholédoque, d'où intervention associée ou non sur les voies biliaires. (Une des observations de BOURGEON et PIÉTRI, particulièrement démonstrative, révèle dans le cholédoque une image lacunaire due à une vésicule fille).

Kyste non connu : cholangiographie qui montre la nature et le siège de l'obstacle, d'une part et, d'autre part, la présence de la poche kystique : d'où intervention sur les voies biliaires et sur le kyste, dans la

même séance opératoire, à moins de contre-indications exceptionnelles (ictère ancien, foie déficient, état général mauvais, kyste d'abord délicat).

Jamais, dans l'observation ci-jointe, la simple palpation et exploration du foie n'aurait permis de repérer exactement la poche kystique et de la traiter immédiatement.

BIBLIOGRAPHIE

BERTHAUT : Thèse 1883.

QUENU : Rapport Congrès 1906.

LECENE & MONDOR : Journal de Chirurgie, 1914.

MATHIEU-VILLARD : Congrès de 1923.

DEVE : Journal de Chirurgie, 1925 (décembre) — Normandie Médicale, 1928.

LECENE : Société de Chirurgie, 9 mai 1928.

COSTANTINI : Presse Médicale, 1929.

SABADINI : Revue Générale, Journal de Chirurgie, 1932 (Bibliographie).

BROCQ : Société de Chirurgie, 13 juillet 1932, page 1115.

RIEUNAU : Science Médicale Pratique, 1947.

BOURGEON & PIETRI : Premier Congrès Mondial du Kyste Hydatique, Alger 1951. — Semaine des Hôpitaux, 18 août 1952. — Lyon Chirurgical, juillet 1953.

LABORATOIRE CHANTEREAU (INNOTHÉRA)

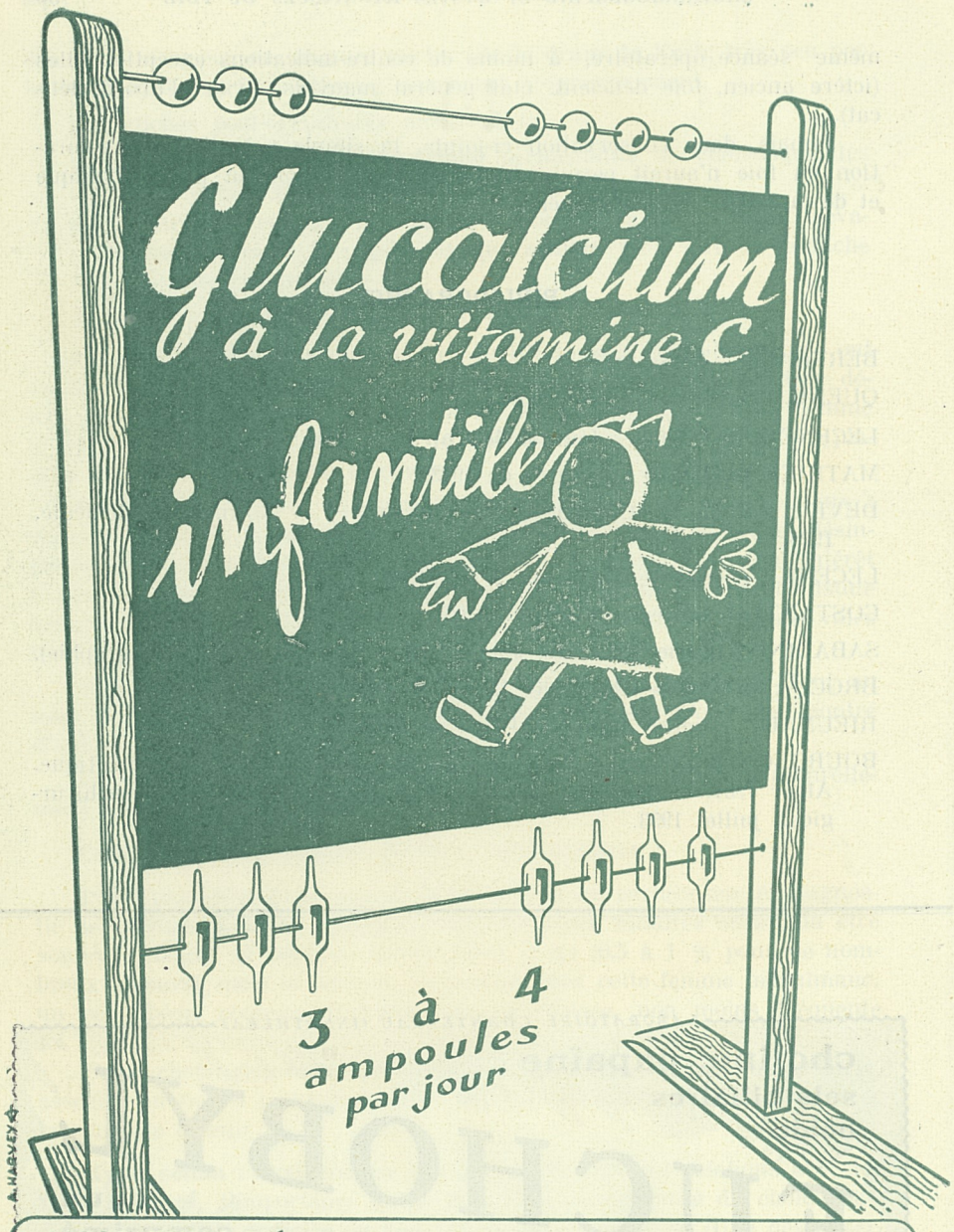
choline, papaïne
sels biliaires
boldo

EUCHOBYL

un
comprimé
à la fin des 3 repas

TROUBLES HÉPATO-BILIAIRES

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



LABORATOIRES CLÉVENOT - 1, R. ANQUETIL - NOGENT-S/-MARNE (SEINE)

TUNISIE — **Ets NOTE**, 61 Avenue Garros — Tél. 97.090 — TUNIS

Intervention de M. le Dr Demirleau

Je voudrais souligner l'intérêt de la communication des Docteurs GANEM et BARSOTTI.

L'ouverture des kystes hydatiques ouverts dans les voies biliaires est une éventualité extrêmement fréquente en Tunisie, et les ictères par rétension doivent toujours y faire penser.

J'ai eu l'occasion de voir avec le Dr HAGÈGE une malade atteinte d'ictère chirurgical qui refusa obstinément de se faire opérer.

Quelques mois après, elle nous fit appeler. Elle était mourante par péritonite.

A l'intervention nous trouvâmes une rupture cholédocienne dont la brèche laissait voir une grosse membrane flétrie qu'on put retirer.

Je pourrais multiplier les observations, mais je sortirais du sujet proprement dit.

Cette rupture des K. H. du foie a fait l'objet du reste, d'excellents rapports dont un, paru dans la Revue de Chirurgie en 1933 ou 34, était fait par RAZEMON.

La cholangiographie dans les kystes hydatiques est de pratique récente. Mais elle a surtout été étudiée dans les fistules biliaires post-opératoires. Tel l'article du Journal de Chirurgie de mai 1953 de BOURGEON et PIÉTRI. Telle l'observation de Alain MOURCHET et MARQUAND rapportée à l'Académie de Chirurgie.

Ce qui fait l'intérêt de l'observation des Docteurs GANEM et BARSOTTI, est la radiographie per-opératoire, qui peut aider le chirurgien dans le cas d'obstruction cholédocienne par migration hydatique.

Le problème réside, en effet, dans ce que le drainage par le cholédoque est insuffisant.

Les kystes sont multivésiculaires, et il est bien rare qu'on puisse arriver à évacuer totalement un kyste par cette voie.

C'est un peu comme si ayant enlevé un calcul cholédocien, on laissait une vésicule pleine de calculs.

Mais où le problème devient ardu, c'est qu'il est parfois extrêmement difficile de trouver le kyste. Il s'agit de kystes centraux, qu'on ne perçoit pas à la palpation, et que la ponction ne repère pas toujours. C'est là que la cholangiographie per-opératoire peut rendre de grands services.

Parmi les observations que je possède j'en retiendrai deux particulièrement démonstratives :

— **La première** concernait une jeune femme qui s'est présentée à mon cabinet avec un état général très altéré, de la fièvre, et des douleurs épouvantables à type colique hépatique avec un léger ictère.

PRIVADOL

ANALGÉSIQUE ATOXIQUE

SANS ASPIRINE
NI PYRAMIDON

3 formes

PRIVADOL
cachets

SÉDATIF DE LA DOULEUR

PRIVADOL
suppositoires

ANTIPYRÉTIQUE - ANTALGIQUE

PRIVADOL
ASCORBIQUE
comprimés

MÉDICATION DE LA GRIPPE

LABORAL

LABORATOIRE DE L'AEINE
Service médical • 6, pl. Clichy, Paris 9e • Pig. 63-03

L'examen permettait de percevoir une énorme vésicule tendue, extrêmement douloureuse qui semblait prête à se rompre.

Je l'opérai d'urgence et fus surpris de pouvoir vider la vésicule par compression manuelle sans percevoir de calculs.

Comme le cholédoque était dilaté, je l'ouvris et retirai plusieurs membranes hydatiques flétries en grain de raisin pulpé.

Malgré l'examen le plus minutieux, et plusieurs ponctions, je ne parvins pas à trouver la poche, et la malade étant très mal, je mis un gros drain de Kher dans le cholédoque.

Les suites furent simples, et je retirai rapidement le drain pour permettre au kyste de s'évacuer plus facilement. La fistule se tarit très vite : mais quelques semaines après, une fièvre à grands crochets s'installa.

Je réintervins, et eus la chance de tomber tout de suite dans le kyste qui fut ouvert et drainé. La guérison fut rapide et définitive.

— **Dans le deuxième cas,** il s'agissait encore d'une jeune femme qui avait des antécédents caractéristiques de lithiase biliaire. Elle était en pleine crise avec ictère.

A l'intervention je trouvai une vésicule peu malade, sans cailloux perceptibles dans un cholédoque très dilaté.

Je l'ouvris, il était perméable, et ne contenait aucun corps étranger. La palpation et la ponction du foie, ne permirent pas de mettre en évidence de kyste hydatique.

Là encore, je drainai avec un gros drain de Kher, et j'enlevai la vésicule qui contenait quelques calculs.

Quelques jours après l'ablation du drainage, on trouva dans le pansement deux membranes kystiques flétries qui signaient le diagnostic étiologique.

La fistule biliaire guérit très vite. Mais par la suite, il y eut une violente crise de colique hépatique, témoin du passage d'autres vésicules.

Il est très probable qu'une réintervention soit nécessaire.

Dans ces deux cas, l'intérêt de la cholangiographie au moment de l'intervention est évident. Elle m'aurait sans doute permis de repérer et de drainer le kyste hépatique responsable.

Pour terminer, je voudrais vous montrer une radio des voies biliaires extra et intra-hépatiques qui met en évidence l'existence de deux kystes hydatiques ouverts dans les voies biliaires.

Il s'agissait d'un homme entré à l'hôpital pour une collection purulente sous-hépatique, que nous avions attribuée à une cholécystite calculeuse.

L'incision simple qui avait permis d'évacuer du pus mélangé de bile sans trace de calcul, ne s'était pas refermée, et l'injection lipiodolée fut faite par la fistule. Elle a permis de trouver l'étiologie de l'affection.



TUNISIE : Ets ZANA et COHEN-JONATHAN
14 bis, Rue Arago — TUNIS

FUGUE ET VAGABONDAGE
ENFANCE - ADOLESCENCE

par R. BENON (de Saumur),
Ex Médecin du Quartier des Maladies Mentales
de l'Hospice Général de Nantes

—o—

L'importance de l'acte fugue et de l'acte vagabondage est considérable au point de vue familial et plus encore au point de vue social. La liberté de circuler dans une nation policée doit être entière à la condition de jouir d'un état psychique satisfaisant et de ne pas troubler l'ordre public. La vie en commun a des obligations qu'on ne saurait discuter.

M. G. NÉRON vient de publier un petit livre sur l' « enfant vagabond » dont l'intérêt est grand dans les temps actuels. Voici quelques idées et considérations qu'il nous suggère.

GENERALITES

On peut distinguer sans doute, d'emblée, la fugue et le vagabondage. La fugue est un état épisodique, un état aigu, un accident : elle est donc en principe de courte durée, quelques jours, rarement plus d'une semaine. Le vagabondage est un état qui se prolonge, qui peut même être chronique. On peut dire que de nos jours l'homme qui ne cesse d'errer sans domicile, et surtout le vagabond mendiant, sont presque des exceptions, sauf dans quelques grandes agglomérations.

Cette distinction entre le fugueur et le vagabond peut être maintenue, mais en vérité ce qui compte, ce qui importe, c'est l'état mental, c'est l'état psychique et nerveux du sujet. Et alors que de variétés, incroyables, combien subtiles ! Tout un monde s'ouvre devant l'observateur.

VARIETES

M. NÉRON a passé en revue un grand nombre de cas de fugue et de vagabondage chez l'enfant, chez l'adolescent, mais peut-être pas tous, parce que ce sont des faits-divers multiples, complexes comme l'homme lui-même.

1. **Epilepsie et fugue.** — L'épileptique adolescent à grandes crises n'est jamais un vagabond; il est quelquefois un fugueur (équivalent). L'amnésie doit être totale, la conduite celle d'un individu ordinaire. Le passage de l'état prime à l'état second, le retour à l'état normal a lieu brusquement.

2. **Hystérie et fugue.** — La fugue hystérique chez un adolescent est d'origine émotionnelle; elle fait suite à une contrariété, peut-être toujours à une joie contrariée. Pas de signes au début. Amnésie rarement totale.

3. **Hyperémotivité et fugue.** — La fugue hystérique est déterminée par l'état d'hyperémotivité du sujet, mais une amnésie spéciale y fait suite et la caractérise. La fugue chez un individu colérique, énervé (d'abord énervement contenu, puis énervement exprimé sous la forme de fugue) ne s'accompagne pas de crises hystériques et l'amnésie après la fugue fait défaut. La fugue chez un sujet anxieux, peureux, ou encore chez un sujet mélancolique et anxieux, a des caractères propres. La fugue en relation avec un état de joie précis, chez un adolescent, est typique et de diagnostic facile : un état passionnel, en principe, l'accompagne. Tous ces fugueurs adolescents sont des hyper et parathymiques.

4. **Imagination fantasque et fugue.** — C'est une fugue à base de joie, de plaisir, au début de laquelle et au cours de laquelle une imagination exaltée et extravagante joue un rôle capital. On peut l'observer chez un enfant de dix ou douze ans. Elle peut entraîner chez l'adolescent un état de vagabondage de longue durée.

5. **Déséquilibre et fugue.** — Le déséquilibré typique avec alternatives répétées d'excitation et de dépression peut commettre de nombreuses fugues. Ce n'est pas un hyper-parathymique épisodique simplement.

6. **Instabilité professionnelle et fugue.** — Sujet hyperthymique (et para) : profession acceptée puis abandonnée. Fugues encore répétées.

7. **Paranoia-anomalie et fugue.** — Troubles profonds et durables de l'émotivité : susceptibilité, méfiance, orgueil. Etat possible de vagabondage.

8. **Délire et fugue.** — Un délire de persécution, de grandeur, de religion, systématisé, hallucinatoire et chronique peut marquer l'origine d'une fugue ou d'un état de vagabondage chez un adolescent de 25 ou 30 ans : action directe des hallucinations ou état passionnel actif. Plus souvent, il s'agit de délire polymorphe (délire des dégénérés; déséquilibrés de Magnan, schizophrénie de Bleuter) : délire mal systématisé en apparence, hallucinatoire, à évolution chronique. Un délire systématisé, parathymique, interprétatif, chronique, peut être illustré chez un jeune sujet de fugues diverses ou même d'un état de vagabondage prolongé durant plusieurs mois. Dans la mélancolie vraie (après chagrin précis), une fugue hyperthymique n'est pas exceptionnelle chez un adolescent : on retrouve le patient blotti dans un buisson, caché dans une carrière.

9. **Démence précoce et fugue.** — Dans la démence précoce (asthénie juvénile chronique atypique avec hypothymie), la fugue est rare, mal motivée, incohérente.

10. **Hypomanie et fugue.** — L'hypomaniaque est capable d'accomplir une fugue de plusieurs jours : un de nos jeunes malades, parti de chez lui à bicyclette, fut retrouvé à quatre cents kilomètres de son domicile. Il ne tarissait pas sur le plaisir qu'il avait éprouvé à rouler au hasard de la route.

11. — **Asthénie et fugue.** — Un asthénique périodique et un asthénique chronique fonctionnel, que nous avons observés, quittèrent un jour leur foyer parce que durement traités et déclarés paresseux par leurs parents. Le suicide dans de tels cas est possible.

12. **Obsessions-phobies et fugue.** — Il est des obsédés-phobiques qui ont la phobie de leur foyer. Georges DUMAS nous a rapporté un cas de cette sorte chez un adolescent. Il disparaissait à un moment, pour quelques jours : la famille ignorait tout de l'état psychique du sujet.

13. **Obsessions-impulsions et fugue.** — Les obsessions-appétits, les obsessions-désirs peuvent déterminer des fugues chez les adolescents. Dans l'exhibitionnisme, dans le sadisme, la fugue n'est pas rare. Tous ces individus sont pratiquement responsables de leurs actes.

14. **Perversité et fugue.** — La perversité (paresse, envie, alcoolisme, luxure, colère, mensonge), crée plutôt l'état de vagabondage que l'état de fugue (adolescents incorrigibles). Responsabilité.

Les bouleversements sociaux, les périodes révolutionnaires rendent plus fréquents l'état de fugue et l'état de vagabondage.

TRAITEMENT

Les faits de fugue et de vagabondage, si divers, nécessitent à la fois l'étude attentive du *sujet* et la même étude du *milieu* dans lequel vit le sujet. Des soins spéciaux sont maintes fois nécessaires et urgents : épilepsie, délire, hypomanie, asthénie, obsessions-phobies, etc. Dans les cas, les plus nombreux sans doute, où il s'agit de troubles émotionnels, hyper et parathymiques (émotivité colérique, anxieuse, mélancolique, joyeuse), il faut analyser de très près les motifs et les mobiles de l'acte, au besoin recourir à la psychanalyse, au sommeil provoqué, à l'électrochoc, etc. Le déséquilibre psychique, l'instabilité professionnelle, la paranoia anomalie, les troubles de l'imagination sont à bien comprendre. Les obsessions-impulsions utilitaires, les obsessions-impulsions sexuelles, la perversité paresse relèvent de l'autorité judiciaire.

RESUME

Chez l'enfant comme chez l'adolescent, l'état épisodique de fugue et l'état durable de vagabondage tirent leur grand intérêt des éléments psychiques et surtout émotionnels qui les déterminent. Variété infinie, presque, de faits-divers, non pas impossibles à classer, mais longs à analyser en vue de soins rationnels ou de conclusions pratiques nécessitant parfois l'intervention juridique. L'isolement du sujet ne suffit; il faut le situer comme il convient dans l'organisme social et éliminer les paresseux et les incapables. (1)

(1) R. BENON : *Petit traité de médecine légale Neuropsychiatrie*. Paris, 1953. Editeur Vizot.

SEDOPIAN

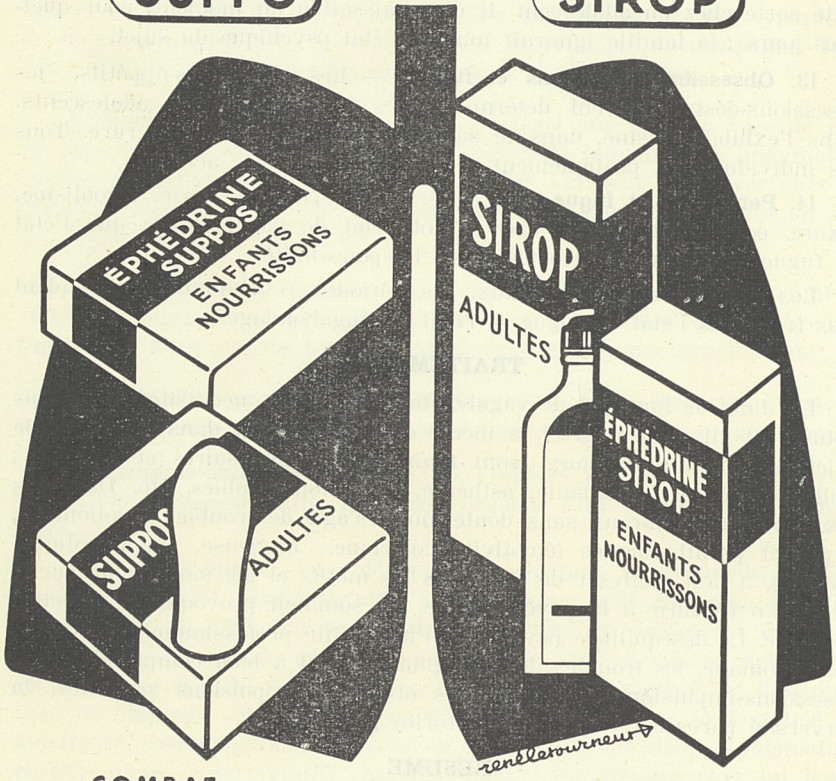
"l'atout contre la toux"

SEDATIF · EXPECTORANT · EUPNEIQUE · OREXIQUE

Rend à l'organisme la faculté d'intensifier ses réactions de défense

2 PRESENTATIONS

SUPPO **SIROP**



COMBAT
L'ELEMENT INFECTIEUX

MORDANCE
L'ACTION DES ANTIBIOTIQUES

REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE

Echantillons et littérature sur demande

REPRIME
LE REFLEXE TUSSIGENE

INCISE
L'HYPERCRINIE BRONCHIQUE

SOCIÉTÉ EXPANSION **SEXTA** THERAPEUTIQUE APPLIQUÉE

20 RUE BRAUHAUBAN — TARBES · Htes PYRÉNÉES

Représentants-dépositaires :

TUNISIE : M. Lucien Saada, Pharmacien - 42, Av. Garros — TUNIS
ALGERIE : Ets Pharmaceutiques Diaz - 2, Av. du 9e Zouaves — ALGER
MAROC : Ets Pharmaceutiques Diaz - 104, Bd de Bordeaux - CASABLANCA

SOEREN KIERKEGAARD

Un névrosé de génie

par Félix MASSELOT

—o—

Après les livres de Régis JOLIVET et de Pierre MESNARD, il serait présomptueux d'esquisser une étude sur KIERKEGAARD.

De même, je laisse aux psychiatres (1) le soin de formuler un diagnostic sur cet étrange mais attachant personnage, à qui l'on pourrait appliquer le jugement qu'il a porté sur SWIFT : « **La vieillesse réalise ce que pressent la jeunesse; c'est ce qu'on voit, on peut le dire dans la vie de Swift, qui jeune bâtit une maison de fous et devenu vieux y entra lui-même** »..., à la différence près, qu'étant mort à 42 ans, il y a pénétré en pleine maturité.

Ce jugement lapidaire, ne correspond pas d'ailleurs à l'exacte réalité, car si le comportement de KIERKEGAARD dans la vie, est du domaine de la psychiatrie (comme le furent ceux de DOSTOIEVSKY, de POE, de NERVAL et de tant d'autres), sa pensée, malgré ses outrances et son originalité, resta toujours puissante et cohérente, bien qu'elle se soit affirmée au travers de contradictions, dont il avait si bien conscience, qu'il variait les pseudonymes, sous lesquels il se dissimulait. Il exprimait « ses possibles » sous des noms d'emprunt.

Mon projet est modeste. Je me propose d'abord de présenter l'homme, tel qu'il s'est caractérisé lui-même, par ses affirmations, et ensuite, d'extraire de ses œuvres, en grande partie de son journal, les pensées les plus saillantes (leur classement m'appartient). J'espère que cette double démarche justifiera mon titre de « Névrosé de génie ».

KIERKEGAARD était doué d'une très vive intelligence, mais malheureusement, affligé de complexes, qu'il est facile de démêler en scrutant l'histoire de sa vie.

Il fut d'abord victime d'une éducation exagérément pieuse et sévère. Son père, qu'il affectionnait et vénérait, l'éleva dans une foi intransigeante, dans l'horreur et la crainte perpétuelle du péché. Or ce père, qu'il croyait un modèle de vertu, avait lui-même gravement péché. Etant enfant, il se révolta contre la misère de sa condition de petit berger; il blasphéma et maudit Dieu. KIERKEGAARD en fut bouleversé lorsqu'il l'apprit et cette faute paternelle, resta « une écharde enfoncée dans sa chair ». Mieux encore, il eut la révélation que sa mère, qu'il aimait sincèrement, avait vécu en concubinage avec son père, avant de l'épouser. C'était donc

(1) Pour Helweg, il s'agit de Psychose maniaque dépressive (v. Jolivet, p. 73.)

la faillite totale de ceux qui tenaient la première place dans son cœur. Si son affection n'en fut pas ébranlée, il en resta pourtant blessé dans sa sensibilité.

Néanmoins, malgré l'excès de son rigorisme, sa vie s'ouvrait, en dépit de tout, sur de brillantes perspectives. Doué d'une confortable aisance, sujet d'élite à l'Université (tout au moins sur le tard, car au début il fut assez dissipé), les plus grands noms de l'Eglise Réformée danoise, s'intéressaient à sa réussite. La carrière pastorale lui était ouverte.

Or, il découvrit que cette respectable Eglise, vivait plus suivant les normes du monde que suivant celles de l'Evangile. Pour lui, si intransigeant et si scrupuleux, c'était l'obligation de renoncer à embrasser l'état ecclésiastique, c'était même celle de combattre d'aussi fâcheuses tendances, partant de se mettre à dos la puissante assemblée des pasteurs et le monde qui les suivait aveuglement.

Entre-temps, KIERKEGAARD s'était fiancé à une jeune fille, Régine OLSEN, qui ne comprit jamais son étrange caractère. Cet amour resta un amour de tête et Régine fut parée de toutes les munificences de l'imagination de KIERKEGAARD. Il rompit pourtant cet engagement qui, en apparence, comblait ses vœux et eut la noblesse de se donner les traits d'un personnage méprisable, pour que la jeune fille n'en fut point affectée. La vraie raison de cette rupture était, probablement, la conscience qu'avait l'amoureux de son insuffisante virilité (2). Il ne l'avoua jamais et écrivit à différentes reprises qu'il emporterait son secret dans la tombe; pauvre secret, qui monta maintes fois à ses lèvres et que son extravagante conduite de dandy laissait deviner !

Quoi qu'il en soit, ce n'était plus maintenant une épine qui le blessait, mais une couronne d'épines qui le meurtrissait, car Régine, toujours aimée, lui demeura perpétuellement présente, son souvenir nourrissant la mélancolie à laquelle il était constitutionnellement voué.

C'est à ce moment que se joua dans l'âme de KIERKEGAARD le drame de la Foi. Il n'est compréhensible que si l'on a bien saisi le mythe d'Abraham, qu'il a si profondément creusé.

Abraham, mu par une foi totale, accepta la faillite de l'éthique, c'est-à-dire, se résolut à sacrifier son fils tendrement aimé. Mieux même, il se donna aux yeux d'Isaac l'allure d'un bourreau, afin qu'il ne put maudire Dieu qui avait ordonné le sacrifice, mais son père, qui s'apprêtait à le consommer. C'est en raison de cette foi inconditionnelle, que le providentiel bélier, au dernier moment, se trouva substitué à Isaac. Abraham ne s'en étonna pas, tant était grande sa confiance en Dieu. Il fut donc récompensé d'avoir méprisé la Morale et écouté sa Foi.

---

(2) Il avait, d'ailleurs, une voix de castrat. La raison de la rupture que Kierkegaard donna était l'impossibilité d'une communion spirituelle avec Régine.

KIERKEGAARD s'aperçut que la conduite du héros Abraham, était au-dessus de ses possibilités. Il en fut désespéré, pensant que s'il avait eu vraiment la Foi, il aurait conservé Régine, comme Abraham, Isaac. C'est pourquoi, il maudit son impuissance à atteindre cet absolu de la confiance en Dieu, qui rend possible l'impossible et partant qui lui aurait redonné Régine, en dépit de tout et même de son mariage avec Fritz SCHLEGEL.

Pouvait-il même se dire chrétien ? Certes non, car un chrétien, comme Job, peut clamer sa souffrance, malgré les exhortations de son entourage, mais il conserve sa foi inébranlable en Dieu. Un chrétien doit aussi, comme Abraham, aller jusqu'au crime, soutenu par sa foi en la justice de Dieu. Ni l'un ni l'autre ne sont effleurés par le doute.

De fait KIERKEGAARD ne pouvait être le chrétien qu'il souhaitait d'être, parce qu'il estimait trop un troisième modèle, Socrate, qui demeura toute sa vie sur le plan du sens commun sur le terrain de l'esthétique et de l'éthique et ne parvint jamais à celui du religieux, où toutes les normes sont bouleversées et où la folie est sagesse. A ce niveau, il faut ne pas être choqué par l'absurde.

KIERKEGAARD vécut ainsi dans la crainte, l'angoisse et le tremblement. C'est pourquoi il fit partir toute sa philosophie de l'existant, qui se débat dans la souffrance et se trouva par là, devenir le père de l'Existentialisme, mais un père qui renierait sa descendance (la plus grande partie, tout au moins, celle pour laquelle la transcendance est dans l'immanence).

KIERKEGAARD, tout au long de sa vie, plaida sa cause, avançant ses justifications, essayant ainsi de calmer son insupportable angoisse. Mais ses ouvrages apparurent comme des paradoxes à ses contemporains. Ils étaient d'ailleurs de lecture difficile, l'auteur s'ingéniant à dépister le lecteur. C'est ce qui explique qu'il ait été méconnu de son vivant. D'ailleurs ses attaques contre HÉGEL, placé, à l'époque, dans l'olympe de la philosophie, lui valurent le mépris du public lettré. Le rationnel triomphait.

Mais il n'est que temps de passer la parole à KIERKEGAARD et de voir comment il se dépeint dans ses écrits :

Je suis un Janus bifrons : l'un de mes visages rit, l'autre pleure.

✦ ✦ ✦

Je rentre à l'instant d'une soirée dont j'étais l'âme, les saillies volaient de ma bouche, tout le monde riait, m'admirait, mais je partis... et je voulais me tirer une balle dans la tête. (3)

✦ ✦ ✦

J'unis, à ma façon, le tragique et le comique : je fais de l'esprit, les gens rient et moi, je pleure.

✦ ✦ ✦

(3) Il fut souvent hanté par le suicide.



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

Quand Dieu veut s'attacher réellement un homme, il appelle son plus fidèle écuyer, son plus sûr messager qui est le chagrin et lui dit : « cours après lui, rattrape-le, ne le lâche pas d'une semelle », et nulle femme n'étreint plus tendrement l'homme qu'elle aime que le chagrin.

✧ ✧ ✧

Toutes les fleurs de mon cœur tournent en fleurs de givre.

✧ ✧ ✧

Je me fais l'effet d'un galérien aux fers avec la mort; chaque fois que la vie bouge, les chaînes grincent et la mort fane tout, et c'est ce qui se passe à chaque minute.

✧ ✧ ✧

En plus de tous mes autres amis, avec qui, du reste, je suis sur un pied assez extérieur, j'ai encore un confident intime, un seul... ma mélancolie, et au milieu de mon plaisir, de mon travail, elle me fait signe, m'appelle à l'écart, sans pourtant que mon corps s'éloigne. C'est bien la plus fidèle maîtresse que j'ai connue, quoi d'étonnant donc qu'il me faille aussi être, à l'instant, prêt à la suivre.

✧ ✧ ✧

Chacun tire sa vengeance du monde. La mienne consiste à porter ma douleur et mon chagrin au tréfonds de moi-même, tandis que mon rire distrait les autres. Vois-je quelqu'un souffrir, je le plains, je le console de mon mieux et l'écoute tranquillement m'assurer que « moi je suis heureux ». Pouvoir tenir ce rôle jusqu'à ma mort, ce sera ma vengeance.

On pourrait multiplier ces citations. La même idée revient en refrain, à chaque page du journal, mais contrairement au mélancolique qui se replie sur lui-même, KIERKEGAARD ne s'isole pas du monde, son existence est parfois même exagérément agitée, tapageuse par instants. Il masque dans le monde ses sentiments intimes, mais se confie à ses livres qu'il signe au début de pseudonymes, mais qu'il avoue ensuite être siens :

Je suis si peu compris qu'on ne comprend même pas mes plaintes de ne pas l'être.

✧ ✧ ✧

Ma vie présente est comme une contrefaçon, rabougrie d'une édition originale de mon vrai moi.

✧ ✧ ✧

Il en va de mes sentiments et idées en plus d'une manière, comme pour Nabuchodonosor, qui n'exigeait pas seulement des devins d'interpréter ses songes, mais encore de lui dire ce qu'il avait rêvé.

✧ ✧ ✧

Dieu me damne, je veux faire abstraction de tout, sauf de moi-même; je ne peux même pas m'oublier quand je dors.

✦ ✦ ✦

Déchiré que j'étais au dedans, sans nulle chance de mener une vie terrestre de bonheur (c'est-à-dire, de réussir et de vivre longtemps dans mon pays), sans nul espoir d'un avenir heureux et confortable — comme c'est le fruit naturel et le lot de la continuité historique de la vie familiale — quoi d'étonnant alors, si par désespoir forcené, j'ai saisi uniquement le côté intelligent de l'homme, que je m'y suis accroché avec force et qu'ainsi, la pensée de ma richesse intellectuelle ait été ma seule consolation, les idées ma seule joie et les hommes mon indifférence.

Il s'agit ici d'une compensation voulue et recherchée et non d'un transfert; d'ailleurs ce qui va suivre prouve que le remède n'a pas été toujours efficace :

Mon malheur en somme, ce fut, au moment où je vivais dans une grossesse d'idées, de m'être hypnotisé sur l'idéal; c'est pourquoi, j'enfante des avortons et c'est ce qui empêche la réalité de correspondre aux désirs qui me brûlent. Dieu fasse que ce ne soit pas non plus le cas en aimant, car là aussi, une angoisse mystérieuse me saisit d'avoir pris l'idéal pour la réalité...

✦ ✦ ✦

Je n'ai que les pâles figures exsanguës et tenaces de la nuit avec qui me battre et c'est moi-même qui leur donne la vie et l'être.

✦ ✦ ✦

Réplique de mon héros : tout dans la vie n'est qu'affaire de mode — la religion, l'amour, les crinolines et les anneaux dans le nez chez les sauvages — je ne diffère des autres, que pour l'avoir aperçu et que par l'aide, que de toutes façons, je donne à cette sublime déesse, jusqu'à crever de rire, de cet animal qu'est l'homme, le plus bouffon de tous; mais voici venir la baronne de m'as-tu vu, sans doute pour s'acheter une nouvelle livrée de folle.

✦ ✦ ✦

Un génie méconnu de ses contemporains se console à la perspective d'une meilleure postérité. Les hommes voient de la grandeur à cette attitude, quand ce n'est pourtant que faiblesse. Le monde restera toujours à peu près le même; où prétend-on meilleure cette postérité qui acclame ce qu'il a dit, parce que c'est lui qui l'a dit ? La génération qui l'admire, crucifie en même temps un contemporain, qu'à son tour, une autre postérité admirera, car le monde reste toujours le même et ce qu'il ne supporte pas, c'est d'être le contemporain de la grandeur.

Il est rare que l'amertume de KIERKEGAARD s'exprime aussi crûment :

Je ne saisis pas comment ce genre de consolation peut tant occuper un génie. Ah non ! espérer par exemple de rencontrer Socrate, pour deviser avec lui dans de beaux entretiens, et envoyer au diable et contemporains et postérité.

✦ ✦ ✦

Je veux me détourner de ceux qui ne font qu'épier si l'on a commis quelque faute, vers celui qui se réjouit plus de la conversion d'un seul pécheur que des quatre-vingt-dix-neuf sages qui n'en ont nul besoin.

✦ ✦ ✦

Après moi, on ne trouvera pas dans mes papiers (c'est ma consolation) un seul éclaicissement sur ce qui au fond a rempli ma vie; on ne trouvera pas en mon tréfonds ce texte qui explique tout et qui souvent, de ce que le monde traiterait de bagatelles, fait pour moi des événements d'énorme importance et qu'à mon tour, je tiens pour une futilité, dès que j'enlève la note secrète qui en est la clef.

✦ ✦ ✦

Et à quel point l'ai-je aimée ! légère comme un oiseau, hardie comme une pensée; je la laissais s'élever de plus en plus et debout sur ma main tendue comme un support, elle battait des ailes et me criait à moi, resté en bas : ici c'est magnifique ! dans l'oubli que c'était moi, l'auteur de sa légèreté, moi le dispensateur de cette hardiesse de pensée, que c'était sa foi en moi qui la faisait marcher sur l'eau; et je l'acclamais et elle acceptait mon acclamation.

On ne peut qu'admirer cette analyse lucide du phénomène de la cristallisation en amour, dont KIERKEGAARD a été victime.

Par contre dans l'extrait suivant, il avoue sans fard, une faiblesse toute humaine :

Situation.

Un séducteur, ayant déjà sur la conscience l'amour de plusieurs belles, tombe amoureux d'une fille qu'il aime au point qu'il manque du courage de la séduire, mais sans pouvoir non plus se décider à vraiment se l'attacher. Il en voit par hasard une autre, d'une ressemblance frappante et c'est elle qu'il séduit, pour jouir de la première, à travers sa jouissance.

Il est d'ailleurs permis de se demander si la situation a été rêvée ou vécue et de pencher pour la première alternative !

Un seul point qui me console, c'est que je pourrais bien me mettre à mourir et là, à l'heure de ma mort, avouer cet amour que je n'oserais jamais avouer tant que je vivrai et qui fait au même degré mon bonheur et mon malheur.

JUGLANE

PILULES ANTIDIABÉTIQUES
A BASE D'EXTRAIT DE NOYER

BAUME ADOL

POMMADE ANTIRHUMATISMALE

GOUTTES ADOL

GOUTTES ANTISPASMODIQUES

POTION ADOL

SIROP ANTINÉVRALGIQUE

Dépôt et Echantillons sur demande

Laboratoires du JUGLANE & ADOL Réunis
8, Rue Jaboulay - LYON

Cette déclaration de pur style romantique est malheureusement contredite par toutes les pages où il a décrit en détail les ravages que cet amour a causé dans sa vie.

J'aime tellement plus l'automne que le printemps, c'est qu'alors on regarde le ciel, et au printemps la terre.

✦ ✦ ✦

Je me suis souvent demandé quand je remercie Dieu de quelque chose, si ce n'est pas plutôt la peur de la perdre qui me presse de prier ou si ma prière monte avec la sérénité religieuse qui a vaincu le monde.

✦ ✦ ✦

Si je trouve si peu de joie à vivre, c'est qu'au moment où me vient une pensée, elle naît avec tant d'énergie, dans un format si surnaturel, qu'en fait, j'en attrape un tour de reins; et cette anticipation idéale est si loin de me transfigurer l'existence, que j'en sors plutôt impuissant pour trouver ce qui lui correspond, trop agité et les nerfs trop secoués pour m'y reposer.

✦ ✦ ✦

Seules les natures inférieures trouvent en autrui la loi de leurs actions, en dehors d'elles, les prémisses de leurs résolutions.

✦ ✦ ✦

Il est contraire à mon âme de suivre l'usage si fréquent de parler sans humanité des grandes choses, comme si quelques milliers d'années constituaient une énorme distance; c'est de ces choses que je parle de préférence en homme, comme si elles étaient arrivées hier et leur distance est pour moi uniquement leur grandeur, où l'on trouve ou bien son élévation ou bien son jugement.

Si l'on songe que KIERKEGAARD était aussi excentrique dans sa mise que dans ses goûts et son comportement, qu'il était atteint de phobies variées et qu'il avait un penchant marqué pour la fabulation, on aura une idée assez juste du personnage, en qui se mélangeaient des élans romantiques, du donquichottisme, des obsessions d'ordre moral et religieux, le sentiment de la contradiction foncière de ses possibles, une admiration pour la Grèce et ses penseurs, en même temps que de l'égotisme.

Seuls les cadres salutaires d'une vie réglée, la création d'un foyer auraient pu canaliser la lave qui bouillonnait en lui. Or il ne sut ni ne put jamais s'inclure dans la société qu'il dominait par son intelligence et à laquelle il demeurait étranger. Ce sont ses tares constitutionnelles et acquises, qui ont fait de lui un inadapté social et lui ont fait croire à sa mission prophétique, mais ce n'est que de nos jours, que son message a été compris. Son mal, comme il l'écrit lui-même, est d'avoir commencé par réfléchir au lieu de se laisser aller à l'immédiateté de la vie.

Examinons maintenant quelques-unes de ses pensées glanées dans son journal :

La Philosophie à chaque pas, laisse tomber une vieille peau, où se gîtent à qui mieux mieux ses mauvais élèves.

✦ ✦ ✦

La Philosophie est la nourrice sèche de la vie, elle veille sur nos pas..., mais ne peut nous allaiter.

✦ ✦ ✦

La Philosophie ne peut, ni ne doit donner la Foi; elle a pour tâche de se comprendre elle-même, de savoir ce qu'elle offre; elle ne doit pas escamoter une chose, comme si elle était rien. Il est indigne de la Philosophie d'y (de substituer à la Foi) substituer autre chose et de la tourner en dérision.

✦ ✦ ✦

Il y a une philosophie morale qui s'acquiert en pleurant, mais alors, elle a plus de force que le fer, comme la chemise du conte « quand elle la file en pleurs, qu'elle la blanchit en pleurs et qu'elle coud une chemise, celle-ci me protège mieux que toute côte de fer, elle est intransperçable ». Mais cette philosophie dont je parle, ne protège que son propre artisan et non pas tout le monde, comme la chemise.

✦ ✦ ✦

Très vrai ce que disent les philosophes, que la vie ne se comprend que par un retour en arrière. Mais on oublie alors l'autre vérité : qu'on la vit en avant. Formule qui, plus on la creuse, aboutit à conclure que la vie, dans la finité, ne se comprend jamais bien, aucun de ses instants ne me donnant en effet le plein calme pour prendre cette attitude où l'on regarde en arrière.

✦ ✦ ✦

Et n'est-ce pas une vue profonde de la nature humaine, que les vieux moralistes rangent « la tristitia » parmi les sept péchés capitaux ! Ainsi Isidore de Séville.

Vérité que Saint François d'Assise avait proclamée depuis longtemps. (4)

Dans la vie, il importe beaucoup de guetter son tour de réplique.

✦ ✦ ✦

(4) « Que ceux-là seuls qui appartiennent au diable, aillent tête baissée, quand à nous il convient que nous nous réjouissons dans le Seigneur ».

Plus on est capable d'oubli, plus la vie comporte de métamorphoses; plus on l'est de souvenirs, plus la vie est d'essence divine.

✦ ✦ ✦

Qu'est le bonheur ? un spectre qui n'existe qu'après avoir été. Et l'espoir ? un gêneur inopportun dont on ne peut être quitte, un sournois imposteur, de plus de constance encore que l'honnête homme; un ami querelleur qui ne perd jamais son droit, même quand César a perdu le sien. Et le souvenir ? un encombrant consolateur, un félon qui blesse dans le dos, une ombre qu'on ne peut vendre même s'il se trouvait un acheteur. Qu'est la béatitude ? un souhait qu'on laisse à qui le ramasse. Et la foi ? une corde où l'on reste suspendu si l'on ne s'en sert pour se pendre. Qu'est-ce que le vrai ? un secret qu'emportent les mourants. Et l'amitié ? un tourment qui s'ajoute ! et l'attente ? une flèche comme l'éclair, mais qui reste sans partir; et son accomplissement, une flèche qui passe son but.

Il importe d'ailleurs de ne pas prendre au pied de la lettre des déclarations aussi sceptiques, fruit de l'humeur du moment.

Pour en être convaincu, il n'y a qu'à lire la citation suivante qui rend un tout autre son :

Si l'homme n'avait pas de conscience éternelle, si au fond de toutes choses, il n'y avait qu'une puissance sauvage et bouillonnante, produisant toutes choses, le grand et le futile, dans le tourbillon d'obscures passions, si le vide sans fond que rien ne peut combler se cachait sous les choses, que serait donc la vie, sinon le désespoir ?

✦ ✦ ✦

L'ironie est un développement anormal qui, comme celui du foie des oies de Strasbourg, finit par tuer l'individu.

✦ ✦ ✦

Chez les anciens, le divin toujours attenait au monde, ce qui excluait l'ironie.

✦ ✦ ✦

Un ami n'est pas en effet, ce qu'entre philosophes nous appelons l'autre nécessaire, c'est l'autre superflu.

✦ ✦ ✦

L'humaniste, comme le fauve, va toujours seul.

✦ ✦ ✦

On n'a valablement droit à la connaissance, que si l'on se risque à vivre, à sortir en pleine mer et qu'en poussant des cris jusqu'au ciel pour



Éd. du CARQUOIS

Le pansement de marche

ULCÉOPLAQUE

du Docteur Maury

CICATRISE

ULCÉOPLAQUE

2 DIMENSIONS :

ULCÉOPLAQUE N° 1 5×6 cm.

ULCÉOPLAQUE N° 2 7×9 cm.

Dans chaque boite : 6 pansements

Pour 20 à 24 jours de traitement

- PLAIES ATONES
- ESCARRES
- ULCÈRES VARIQUEUX

Évite les inconvénients des corps gras.

Favorise la diapédèse et la leucocytose.

Provoque une prolifération rapide des bourgeons charnus.

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

LABORATOIRE SÉVIGNÉ - R. MAURY. Ph^ien, 76, r. des Rondeaux - PARIS

TP

NEURINASE

SOLUTION. COMPRIMÉS. SUPPOSITOIRES

amorce le sommeil naturel

VALÉRIANE FRAÎCHE ACTIVÉE PAR BARBITAL STABILISÉE A FAIBLE DOSE

Nouvelle Forme : Suppositoires

ALEPSAL

COMPRIMÉS. SUPPOSITOIRES

PHÉNOBARBITAL. BELLADONE STABILISÉE. CAFÉINE

10 Cg. CONVULSIONS

5 Cg. SPASMES

1½ Cg. DYSTONIES

simple, sûr, sans danger

Remboursés Sécurité Sociale

LAB. GÉNÉVRIER

45, Rue Michelis

NEUILLY-PARIS

voir si Dieu veut les entendre, non en restant sur le rivage, à regarder les autres lutter et peiner. Ce n'est qu'après cela, que la connaissance est pour de bon entérinée, et, sans mentir, démontrer l'existence de Dieu, en se tenant sur une jambe est une toute autre affaire, que de le remercier à genoux.

(Nécessité de l'engagement).

Il en est de la vie, comme des notes de musique, la note juste est une oscillation entre le juste et le faux et c'est là sa beauté; la justesse de ton, dans un sens plus étroit, comme la logique, l'ontologie et la morale abstraite : ici la justesse mathématique serait fausse pour le musicien.

✦ ✦ ✦

L'homme n'use presque jamais des libertés qu'il a, ainsi par exemple la liberté de pensée; au lieu d'elle, on exige en compensation la liberté de parole.

✦ ✦ ✦

Toute vérité n'est pourtant telle que jusqu'à un certain point; quand on va outre, arrive le contre-point et la chose tourne en non-vérité.

✦ ✦ ✦

Comme la marche de l'homme est une succession de chutes, toute conséquence de même en est une d'inconséquence.

✦ ✦ ✦

Le Christ ne se mêlait pas d'écrire, il n'a écrit que sur le sable.

✦ ✦ ✦

La plupart de ce qu'on écrit n'est que du bâclé sur méchant papier, mais le mien est à filigrane.

✦ ✦ ✦

Très tôt dans ma jeunesse, je ne pouvais comprendre comment on s'y prenait pour écrire un livre, ce que je saisis très bien à présent; par contre, je ne conçois pas maintenant qu'on puisse en avoir envie.

✦ ✦ ✦

Quand on creuse une idée, il faut la dérober à tout savoir profane, à toute immixion étrangère. Ainsi l'oiseau ne couve plus dès que l'on touche à son œuf.

✦ ✦ ✦

Les idées fixes sont comme des crampes, par exemple au pied... le meilleur remède contre, c'est de marcher dessus.

✦ ✦ ✦

Notre désarroi, c'est d'être à la fois le Pharisien et le Publicain.

✦ ✦ ✦

Est-il pire danger, pire paralysie que de s'isoler à fixer sans fin ses regards sur son moi ! Par là l'histoire du monde, la vie des hommes, la société, tout en somme s'évanouit et comme les omphalopsychistes dans un cercle égoïste, on finit par ne plus voir que son propre nombril.

Ici KIERKEGAARD parle d'expérience !

C'est après avoir à jamais renoncé à trouver notre moi hors de nous-mêmes, dans les hasards de la vie, milieux et circonstances, c'est après ce naufrage, quand isolé, on se tourne vers l'Au-delà, qu'alors, après ce vide, l'absolu se montre à nous, non seulement dans sa plénitude, mais encore dans la responsabilité que l'on se sent avoir.

✦ ✦ ✦

La foi est une idée que l'on ne trouve que dans la détresse, dans une catégorie du désespoir.

C'est en effet un des chemins qui y conduit, mais il en est d'autres. Ainsi que l'ont bien montré St François d'Assise, Ste Thérèse d'Avila, le Père de Foucauld, etc...

Foi, espérance, charité.

Laisser la raison les remplacer, c'est compromettre son âme. Ailleurs on emploie le terme se perdre.

✦ ✦ ✦

Il faut du courage moral pour pleurer; mais du courage religieux pour se tenir en joie.

✦ ✦ ✦

L'angoisse est un désir de ce qu'on redoute, une antipathie sympathique; c'est une jouissance étrangère qui saisit l'individu et sans qu'il puisse s'en détacher ni le veuille, car on a peur et cette peur même est un désir.

✦ ✦ ✦

Nulle victoire plus belle que celle de pardonner, car ici le vaincu même se sent heureux de la glorifier.

✦ ✦ ✦

De tous les péchés brillants, les vertus feintes sont les pires.

✦ ✦ ✦

En fait de souffrance et de chagrin, on ne peut pas non plus toujours juger de leur grandeur au tapage de leurs cris.

✦ ✦ ✦

Plus un homme est au-dessus d'un autre qu'il aime, plus il se sentira (humainement) tenté de l'élever jusqu'à lui; mais d'autant plus (divine-

ment) porté à descendre jusqu'à lui. C'est la dialectique de l'amour. Est-ce assez singulier de ne pas s'en être aperçu dans le christianisme, où l'on parle toujours du Christ qui s'est fait homme, comme un acte de compassion ou une nécessité.

✦ ✦ ✦

On dit que l'expérience rend sage. Que de déraison dans ce propos ! Sans rien au-dessus d'elle, c'est elle qui nous rendrait fou.

Je n'ai donné que de rares citations des considérations religieuses, dont l'œuvre de KIERKEGAARD est remplie. Je ne l'ai donc présentée que sous un jour incomplet, aussi paraît-il nécessaire, en compensation, de reproduire en conclusion de ces extraits, une émouvante prière, relevée dans son journal, qui palliera l'effet de mes omissions volontaires. (5)

Prière.

Père aux cieux ! vers toi se tourne notre pensée, c'est toi qu'elle cherche de nouveau à cette heure, non du pas incertain du pélerin égaré, mais du vol sûr de l'oiseau qui connaît bien son nid; empêche, ô mon Dieu, notre confiance en toi, de n'être qu'une idée fugitive, que la trouvaille d'un instant, ou de ce cœur charnel, les rassurements trompeurs; fais qu'en nous, la nostalgie de ton royaume, nos espérances de ta splendeur, ne soient pas d'infécondes douleurs, ni comme des nuages sans pluie; mais du plein de notre cœur, qu'elles s'élèvent vers toi, puis exaucées, comme une rosée qui désaltère, qu'elles humectent nos lèvres, comme ta main céleste, qu'elles nous rassasient pour toujours.

BIBLIOGRAPHIE

Journal (Extraits), 1834-1846, par S. KIERKEGAARD, Les Essais XI, Gallimard.
Crainte et Tremblement, S. KIERKEGAARD. Editions Montaigne.
Les miettes philosophiques — Le caillou blanc, S. KIERKEGAARD.
Introduction à Kierkegaard, R. JOLIVET. Ed. de Fontenelle.
Le vrai visage de Kierkegaard, P. MESNARD. Beauchesne et ses fils.
Kierkegaard et la Philosophie existentielle, L. CHESTOV, L. VRIN.

(5) Je tiens néanmoins à m'en expliquer. Kierkergaard qui a écrit que le silence est la pierre de touche du chrétien a été singulièrement prolixe sur les thèmes religieux. Il n'est pas question de discuter la profondeur de ses analyses, mais il est permis de regretter son manque de mesure dans ses conclusions. Il y a abus de la pédale forte dans cette orchestration. Il a par trop insisté sur l'absurdité, le scandale et même l'horreur dans lesqels plonge la foi. Comment le chrétien craintif, angoissé et tremblant, peut-il laisser s'épanouir en lui l'amour qui est l'essentiel en la matière ? qu'il fasse taire la raison, non pour laisser éclater l'orage en lui, mais pour acquérir la naïveté et la spontanéité de l'enfant, qui elles ouvrent la voie à l'Amour. Il est naturel quand on imagine le vrai chrétien de penser à François d'Assise, plutôt qu'à Savonarole, Vincent de Paul de préférence à Torquemada ou à Ximénès. S'ils avaient mieux suivi les enseignements des Evangiles, Mikaël Pedersen Kierkegaard n'aurait pas consumé sa vie dans le repentir de sa faute et son fils Soren aurait arraché l'écharde enfoncée dans sa chair.

CARNET

—o—

LEGION D'HONNEUR.

Notre excellent confrère le Docteur CHATENIER vient de recevoir la Légion d'Honneur au titre militaire. Nous félicitons sincèrement notre ami pour cette distinction très méritée.



Société de Médecine de Paris

SEANCE DU VENDREDI 27 NOVEMBRE 1953

Président : Dr G. DE PARREL

A propos de la communication de M. Pierre Grobon sur l'opposition clinique et bio-chimique : néoplasies malignes et diabète pancréatique, par M. Jean ALBERT-WEIL.

Il n'existe aucune statistique permettant de conclure d'une manière absolue à un antagonisme entre Diabète et Cancer. Au contraire avant l'ère insulinique, Albert ROBIN, Paul LE GENDRE, avaient conclu que le Diabète favorisait le Cancer. D'autre part, avant l'ère insulinique, les diabétiques graves mouraient avant l'âge du Cancer. Depuis l'ère insulinique, on observe des cancers chez les diabétiques.

On ne peut conclure du fait que les cellules cancéreuses, selon WARBURG soient riches en sucres et que la glycolyse en soit augmentée à ce que cet excès de sucres et cette hyperglycolyse soient les causes du Cancer et qu'il y ait impossibilité pour les cellules des diabétiques, qui sont ainsi qu'on le sait hyposucrées, de se cancériser.

L'instabilité glycérique qui serait observée chez les cancéreux en opposition avec la stabilité glycérique des diabétiques ne constitue pas non plus un critérium. On observe, en effet, aussi parfois une instabilité glycérique chez des sujets non cancéreux.

Il est périlleux d'injecter sur des fondements fragiles et non vérifiés de l'Alloxane, même à faibles doses, à des cancéreux inopérables. L'Alloxane lèse électivement les cellules B des Ilots de LANGHERANS; mais il peut léser aussi, les reins, le foie, les organes hématopoiétiques, le système nerveux. Les perturbations métaboliques engendrées par l'Alloxane chez des cancéreux peuvent favoriser le développement d'infections. Aucun résultat probant de sa méthode thérapeutique n'a été fourni par M. GROBON. Il est donc impossible d'admettre, jusqu'à nouvel ordre, la formule de cet auteur : « L'Alloxane semble être au Cancer ce que l'Insuline est au Diabète ».

***

Analyse de quelques radiogrammes thyroïdiens, par M. C. LAVILLE.

Application de la méthode antérieurement présentée (analyse harmonique des états réactionnels), au cas des examens d'hyper et d'hypothyroïdie par l'emploi d'iode radioactif.

RHUMATISME

SALICYLOTHÉRAPIE PERCUTANÉE CONFIRMÉE SCIENTIFIQUEMENT

PÉNÉTRATION ULTRA-RAPIDE

●

CONCENTRATION MASSIVE "LOCO-DOLENTI" EN ACIDE SALICYLIQUE NAISSANT

●

SOULAGEMENT IMMÉDIAT

●

DÉCONGESTION PROGRESSIVE



BAUME ANALGÉSIQUE ANTIPHLOGISTIQUE DERMOPHILE INODORE

Plusieurs frictions par jour

LATÉMA

LABORATOIRES DE THÉRAPEUTIQUE MODERNE

31, RUE DE LISBONNE — PARIS-8e

HARVEY

REPRÉSENTANTS AUX COLONIES :

ALGÉRIE : Société PELASMEX, 8, Rue Ampère, ALGER

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

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

A.O.F. : Société Tropicale de Droguerie, 15, Rue de Thann, DAKAR

INDOCHINE : Comptoir Pharmaceutique d'Extrême-Orient, 34, Boulevard Charner, SAIGON

MADAGASCAR : Office Pharmaceutique Malgache, 58 ter, Rue Gustave Jullien, TANANARIVE

La méthode permet de pousser le diagnostic un peu plus avant que par simple examen du graphique obtenu entre la 1re et la 24e heure d'application du procédé.

En particulier, elle permet de dissocier les troubles profonds, à allure permanente, quasi irréductible, des troubles passagers ou réductibles.

*
* *

SEANCE DU LUNDI 21 DECEMBRE 1953

Président : Dr G. DE PARREL

Deviations vertébrales; Spondylites, Spondyloses. Essai de Pathogénie et de Traitement, par M. Raphaël MASSART.

L'Auteur qui depuis de longues années s'est consacré à l'étude de ces lésions, montre qu'en réalité, il s'agit de lésions se constituant dans les premières années de la vie, au cours de la croissance, et dont les séquelles et les complications sont actuellement, bien à tort, classées parmi les lésions du rhumatisme. En réalité, il s'agit de lésions ostéo-articulaires longtemps bien supportées, parce qu'indolores et qui, à un moment de la vie, subissent une évolution liée à un trouble hormonal. La ménopause est un facteur d'aggravation incontestable.

Il importe de déceler ces lésions chez les jeunes, de les traiter correctement, c'est-à-dire en comprenant que la gymnastique dite orthopédique est presque toujours inopérante.

Lorsque le sujet est âgé, il faut chercher par l'immobilisation du Rachis à arrêter l'évolution de la déviation et la suppression des syndromes douloureux.

*
* *

L'Electrokinésie, méthode de diagnostic et de traitement, par M. Hugo BIANCANI.

L'Auteur montre l'importance que peut prendre, en médecine, une nouvelle méthode de diagnostic et de traitement qu'il a dénommée : « Electrokinésie ».

Elle consiste à associer les stimuli mécaniques aux stimuli électriques par l'emploi d'électrodes manuelles spéciales reliées à un clavier électrique.

L' « Electrokinésie » permet de détecter, au doigt, la sensibilité réactionnelle du malade et de faire varier sans cesse, au cours d'une séance, la forme, la durée d'impulsions, la fréquence, l'intensité et le lieu d'action des excitations électriques, en les adaptant aux réactions perçues.

*
* *

Nouvelles observations sur le miel injectable, par MM. L. MARCERON et I. L. LAFOURGADE.

BRONCHITES
GRIPPES
AFFECTIONS PULMONAIRES

●

Laboratoires
F. BOUCHARD
6, rue Anna-Jacquin
BOULOGNE (Seine)



TUNISIE — **Ets NOTE**, 61, Avenue Garros — Tél. 97.090 — TUNIS

Société Médicale des Hôpitaux d'Alger

—o—

SEANCE DU 15 DECEMBRE 1953

—o—

Les formes familiales de la maladie périodique, par MM. Ed. BENHAMOU, A. ALBOU et P. GRIGUER.

Les auteurs, après avoir rappelé les observations de Mamou et Catan, ainsi que celles de Fred Siguier, rapportent de nouvelles observations familiales de maladie périodique totalisant 14 malades, étagées sur plusieurs générations. Ils insistent sur le syndrome biologique qui les accompagne et qui n'avait pas encore été décrit : une fiche immuno-hématologique caractérisée par un test de Coombs positif et parfois par la présence de leuco-agglutinines, une vitesse de sédimentation toujours accélérée et un tracé électrophorétique très suggestif : augmentation des globulines Gamma et alpha-2 : ce syndrome biologique doit faire ranger la maladie périodique dans le groupe des maladies avec auto-anticorps (comme certaines anémies hémolytiques et certains purpuras thrombocytopéniques). Enfin, ils précisent les règles du traitement qui doit reposer sur l'emploi de la cortisone ou de l'A.C.T.H. : tous les mois, des cures de 10 jours à raison de 150 mg. de cortisone par jour et au cours de la crise, une augmentation brutale de la dose habituelle jusqu'à 200 et 300 mg. L'état d'infirmité dans lequel se trouvaient certains malades a pu être ainsi tranformé.

*
* *

Principes et indications de la lutte antipaludique en Algérie, par R. MANDOUL.

A l'heure actuelle, la lutte antipaludique ne doit plus être cantonnée dans une série de mesures défensives et palliatives, qui n'exercent aucune influence sur le cours de l'endémie; il faut mettre en œuvre des moyens offensifs capables de réaliser l'assainissement progressif des zones palustres. L'expérience a montré :

1° que la chimioprophylaxie de masses, se heurte dans son application à des difficultés matérielles insurmontables et que, de ce fait, elle ne peut prétendre réaliser la stérilisation du réservoir de virus.

2° Que la destruction massive des anophèles vecteurs par les insecticides de synthèse est capable de provoquer la rupture du cycle épidémiologique.

En effet, en l'absence de réinoculations, l'infection malarique qui n'est pas chronique s'éteint spontanément en un à trois ans selon les

plasmodies en cause. La lutte contre les moustiques adultes, considérée habituellement comme le procédé de choix, présente des inconvénients divers : action limitée aux espèces domestiques (endophiles); rémanence souvent plus courte que prévue; efficacité menacée par l'apparition d'une chlororésistance polyvalente (A. Sacharovi en Grèce avec D.D.T.); réticence des habitants vis-à-vis des opérations de désinsectisation domiciliaire réitérées. Pour ces motifs, et plus particulièrement en Algérie, la primauté doit être attribuée à la lutte antilarvaire. A cet égard, les solutions à faible titre de D.D.T. dans les hydrocarbures additionnés de corps tensio-actifs exercent à petite dose, une double action toxique et asphyxique sur toutes les formes larvaires et nymphales; son prix de revient n'est pas très élevé.

Associée aux mesures habituelles de petite hydraulique, cette méthode a déjà donné en Algérie des résultats importants, notamment dans l'oasis de Ouargla qui est assainie depuis 1950. Ces faits permettent d'envisager avec optimisme le dénouement du problème médico-social du paludisme dans ce pays. C'est une question d'organisation technique et de crédit.

*
* *

Les réactions sériques non spécifiques et la fiche réticulo-endothéliale de Sandor, par R. Vargues et Mlle L. Schembri.

Après avoir souligné le caractère empirique des réactions sériques dites non spécifiques (réactions de Kunkel, de Mac Lagan, de Hanger, de Gaté, de Wurhmann-Wunderly, de Vernes...), les auteurs étudient les problèmes techniques posés par ces réactions et montrent que leur simplicité technique est souvent trompeuse. Ils démontrent ensuite le mécanisme chimique de quelques-unes de ces réactions et insistent sur le rôle important joué par l'Euglobuline 1_1 de Sandor dans la positivité de ces tests. L'application clinique de ces diverses réactions est déduite d'un tableau de résultats qui souligne la valeur de la fiche réticulo-endothéliale comparée aux tests non spécifiques.

*
* *

Elongations vertébrales et thérapeutiques physiques adjuvantes dans le traitement de quelques arthroses vertébrales, par MM. R. Beltran et A. Perdrisot.

Les auteurs rappellent le rôle joué par les processus arthrosiques aux différents étages du rachis dans la genèse des syndrômes radiculaires douloureux : lombo-sciatalgies, cervico-brachialgies et certaines céphalalgies.

L'élongation vertébrale pratiquée par traction mécanique sur table de vertébrothérapie constitue l'arme médicale la plus efficace à opposer aux conséquences de la dégénération et de l'affaissement discal.

Les effets en sont potentialisés par la mise en œuvre simultanée de thérapeutiques physiques destinées à lutter contre l'hypertonie des masses musculaires lombaires : ultra-sons et surtout curarisation locale par ionisation.

Sur les 57 cas traités, 9 observations particulièrement typiques sont rapportées : 7 lambo-sciatiques, une névralgie intercostale et une sympathalgie faciale d'origine cervicale.

*
* *

Enquêtes systématiques sur la drépanocytose chez l'indigène musulman algérien — Premiers résultats, par MM. A. PORTIER, J. MASSONNAT et R. THIÉBAULT.

Les auteurs rappellent les quelques cas d'anémie à hématies falciformes observés par eux-mêmes puis par d'autres auteurs (LIÈVRE et RENIER; SARROUY et Coll.) chez l'indigène musulman algérien. Ces rares observations et la mise à jour récente d'importants foyers méditerranéens de drépanocytose ont incité les auteurs à tester 292 malades indigènes musulmans hospitalisés à Alger pour des affections très diverses : 11 cas de drépanocytémie ont été reconnus. Ces premières constatations permettent de penser que la drépanocytose a peut-être une importance non négligeable en pathologie nord-africaine.

SEANCE DU 5 JANVIER 1954

Les mucoprotéines du sérum sanguin - Données électrophorétiques, par MM. Robert RAYNAUD, Jean ROBERT D'ESHOUGUES, Paul PASQUET et S. DI GIOVANNI.

Les auteurs, après avoir énuméré les principales glucoprotéines sériques, en rappellent les affinités tinctoriales, différentes selon le caractère (neutre ou acide) des mucopolysaccharides qui entrent dans leur constitution.

Ils ont étudié les colorations qui, après migration électrophorétique du sérum sur papier-filtre, mettent en évidence ces mucopolysaccharides. Ils ont ainsi comparé la coloration au periodic acid-Schiff (P.A.S.) à celle de Bauer et au bleu de toluidine simple (B.T.S.) ou oxydé par l'acide chromique ou périodique (B.T.O.). Ils ont également recherché quel était le comportement électrophorétique de l'héparine trisulfurique in vitro (ajoutée directement au sérum) et in vivo (électrophorèse du sérum d'un sujet ayant reçu, 15 minutes auparavant, par voie veineuse, 100 mg. d'héparine).

De leurs recherches, ils tirent les conclusions suivantes :

1° Le P.A.S., dont la technique est parfaitement au point, ne colore pas les mucopolysaccharides fortement acides (groupe des polyesters sulfuriques).

CITHYMÈNE

Affections des voies respiratoires :



FRICTIONS



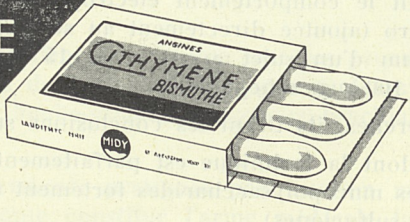
SUPPOSITOIRES et ampoules



SIROP

Angines :

CITHYMÈNE BISMUTHÉ



MIDY
1718
67, Av. de Wagram
PARIS

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

2° Le B.T.O. colore tous les polysaccharides; il révèle, en particulier, une fraction A, peu visible avec le P.A.S., qui correspond vraisemblablement aux polysaccharides fortement acides. Cette coloration très complète est malheureusement de technique difficile, aussi le P.A.S. reste-t-il actuellement encore d'un emploi plus pratique, donnant des résultats plus réguliers, c'est-à-dire plus valablement comparables d'un examen à un autre.

3° Toutes les fractions électrophorétiques contiennent des glucides. En A, migrent l'héparine (comme le démontre la coloration au B.T.O.) et, sans doute l'antihyalurodinase non spécifique (car cette fraction A est très augmentée dans le R.A.A., parallèlement aux fractions alpha-1 et alpha-2). La fraction béta contient vraisemblablement des glucolipides : ceux-ci subissent, sous l'influence d'une injection d'héparine, et tout comme les lipoprotéines, une translation en alpha.

*
* *

Compression de la veine cave inférieure par adénopathie au cours d'une pleurésie purulente tuberculeuse, par MM. Robert Raynaud, Pierre Miniconi et Jacques Laaban.

*
* *

Leucémie myéloïde avec images de granulie pulmonaire, par MM. Robert Raynaud, Pierre Miniconi et Jacques Laaban.

*
* *

Purpura thrombocytopénique aigu avec auto-anticorps traité par la cortisone, par MM. Ed. Benhamou, B. Ferrand et P. Griguer.

Les auteurs rapportent l'observation d'un ouvrier agricole, âgé de 26 ans, qui présenta un syndrome purpurique grave avec ecchymoses généralisées, épistaxis, gingivorragies abondantes et répétées, fièvre élevée, en même temps qu'une anémie à 1.600.000, un chiffre de globules blancs à 5.000, un chiffre de plaquettes à 45.000, ainsi qu'un caillot irrétractile. Les transfusions n'apportèrent aucune amélioration pendant 3 semaines, ce qui fit discuter l'indication d'une splénectomie. Mais l'étude immuno-hématologique du sérum montra un test de Coombs positif et la présence de thrombo-agglutinines, l'étude électrophorétique, une hyper-gamma-globulinémie. Sous l'influence d'un traitement à la Cortisone (200 mmg par jour pendant 8 jours), les accidents cliniques, hématologiques et immunologiques rétrocédèrent, en même temps que la gamma globuline diminuait. Cependant, des accidents cérébraux contrôlés par l'électro-encéphalogramme obligèrent à une interruption du traitement hormonal. 10 jours plus tard, les accidents cliniques et hématologiques réapparaissaient, nécessitant la même thérapeutique hormonale. De nouveau, le syndrome clinique

Antiallergique

Bien toléré

THÉPHORINE "ROCHE"

Rhinites

Coryza

Urticaire

Dragées

Sirop

Onguent

ROCHE

PRODUITS "ROCHE" S. A.

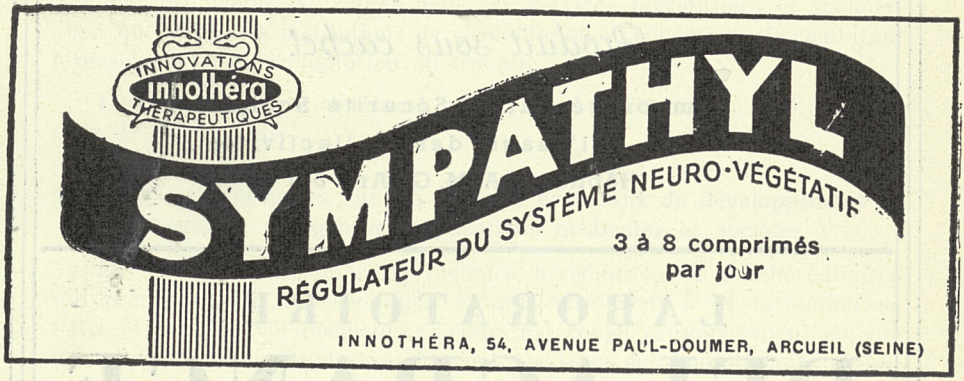
10, RUE CRILLON - PARIS-4e

et hématologique s'améliorait. Il semble bien que dans certaines thrombocytopénies avec auto-anticorps, la thérapeutique hormonale par la cortisone ou l'ACTH soit le traitement de choix avant de décider d'une splénectomie.

*
* *

Déclenchement de crises d'asthme expérimentales chez le rat blanc - Rôle d'une épine irritative locale, par M. A. Gross.

L'auteur montre que, chez le rat blanc, l'histamine en aérosols ou l'ovalbumine en injection intrapéritonéale peuvent déclencher une crise d'asthme typique, à condition qu'au préalable on ait pris soin de créer chez ces animaux des lésions de bronchite, en leur faisant inhaler quotidiennement, pendant une semaine, des aérosols d'acide acétique. L'aspect histologique du poumon, pendant ces crises, rappelle celui de l'asthme humain. Ce résultat est obtenu régulièrement chez la femelle ou chez le mâle castré. On ne le trouve jamais, au contraire, chez le mâle normal ou chez le mâle castré recevant de la testostérone.



TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly - Tunis



SOLUTÉ INJECTABLE
ET BUVABLE DE

VITAMINE
B.12

dosé à

MILLE

gammas
par ampoule de 5 cc.

Boîte de 6 ampoules

Produit sous cachet

Remboursé par la Sécurité Sociale
Admis à l'usage des Collectivités
(Hôpitaux, A. M. G. Art. 64)

LABORATOIRES

DELAGRANGE

39, Bd DE LATOUR-MAUBOURG - PARIS-7e

B. 12 - 1

INFORMATIONS

Centre International de l'Enfance

—o—

DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT

—o—

PROGRAMME 1954

Le Centre International de l'Enfance organise en 1954 cinq cours qui sont les suivants :

I. Cours sur l'adaptation de l'enfant atteint d'infirmité motrice

Ce cours est destiné à l'ensemble du personnel appliqué à l'adaptation fonctionnelle, professionnelle et sociale des enfants atteints d'infirmité motrice : médecins, physiothérapeutes, assistantes sociales, éducateurs, psychologues, travaillant en équipe.

L'enseignement comprend à la fois les problèmes fondamentaux de physiologie et de thérapeutique nécessaires à la compréhension générale de l'infirmité et de la réadaptation fonctionnelle, et les questions de psychologie, de pédagogie, de pré-orientation professionnelle, de pré-apprentissage, de réintégration de l'infirme dans la famille et la société.

Il comporte, à côté d'exposés suivis de discussions et de cercles d'études, des stages et visites dans les services hospitaliers et sociaux, ainsi que dans des institutions de réadaptation, d'éducation, d'orientation professionnelle et d'adaptation au travail.

Le cours durera 6 semaines, du 11 janvier au 21 février 1954. Il groupera 30 participants.

II. Cours et Séminaires sur les facteurs prénataux du développement de l'enfant : Progénèse, applications médicales et sociales

Envisageant l'ensemble de facteurs héréditaires et non-héréditaires qui préexistent à la fécondation et qui concourent à la formation de l'être et à son développement, ce cours est conçu principalement en vue des applications pratiques qu'on peut en tirer dès maintenant, et qui permettent aux médecins de conseiller utilement les familles pour éviter, dans la mesure du possible, l'apparition des maladies héréditaires.

Il est destiné à des médecins de disciplines assez diverses, pédiatres, médecins responsables des services d'hygiène et de prophylaxie, administrateurs, démographes, etc... tous possédant déjà de sérieuses notions

de pathologie héréditaire, d'où la possibilité d'organiser partiellement ce cours sous la forme de séminaires et de discussions.

Le programme d'enseignement et de discussions comprend l'étude des anomalies progénésiques, leur importance sociale, les possibilités et les impossibilités de la sélection eugénique, l'étude des maladies héréditaires et des prédispositions morbides héréditaires, les mesures prophylactiques à leur opposer.

Le cours groupera 25 à 30 participants; il aura une durée **d'un mois,** du 8 mars au 5 avril 1954.

III. — Cours de Pédiatrie sociale

Ce cours qui a déjà eu lieu pendant les années 1948, 49, 50, 51, 52, 53, est repris en 1954; il bénéficie des modifications résultant de l'expérience des années antérieures.

Le programme comporte toutes les grandes questions concernant l'action médico-sociale et sociale en faveur de l'enfance, normale ou non. Il a un caractère pratique marqué par un grand nombre de visites, de stages dans des centres médico-sociaux et des établissements pour enfants et surtout par de nombreuses discussions et cercles d'études. Ces derniers sont pour la plupart dirigés par les participants eux-mêmes avec apport de documents provenant de leur propre pays en vue d'une large information internationale. Le travail en équipe des spécialistes de l'enfance est particulièrement envisagé.

Le cours réunira environ 30 médecins, de nations différentes, soit pédiatres, soit fonctionnaires sanitaires responsables de la protection maternelle et infantile.

Il durera 3 mois, du 26 avril au 18 juillet 1954.

IV. Cours sur la prévention et le traitement de la tuberculose de l'enfant

Ce cours s'adresse à des médecins, soit pédiatres, soit administrateurs sanitaires responsables des programmes de lutte contre la tuberculose ou chargés de l'organisation de la vaccination antituberculeuse, en liaison avec les programmes de l'UNICEF et de l'OMS.

Profitant de l'expérience acquise dans de nombreux pays, sous des climats très différents, par les équipes internationales de vaccination de « Joint Enterprise », de la « Campagne Internationale contre la Tuberculose », de celle des différents Centres d'études du BCG, notamment de la Station-Pilote de Paris, du Bureau de Recherches contre la Tuberculose de l'Organisation Mondiale de la Santé à Copenhague, de celle des chercheurs de tous les pays, l'enseignement se présentera essentiellement

sous forme de démonstrations et travaux pratiques, discussions dirigées et cercles d'études.

Ce cours, qui groupera environ 30 participants, durera un mois et aura lieu du 11 octobre au 7 novembre 1954.

V. **Cours pour la formation de travailleurs sociaux pour enfants**

Ce cours reprend dans ses grandes lignes le programme de pédiatrie sociale pour médecins, mais il est adapté à un auditoire ne comprenant que des travailleurs sociaux. Il étudie l'aide sociale que l'enfant doit obtenir aux différentes étapes de son développement, depuis la période prénatale jusqu'à son adolescence — qu'il s'agisse de l'enfant normal ou de l'enfant physiquement diminué, infirme, inadapté ou en danger moral. Il est compris surtout comme un enseignement pratique avec de nombreuses visites, stages, discussions, de façon à montrer la nécessité d'une coordination dans les efforts entre les travailleurs sociaux, les médecins, les organismes de sécurité sociale, les administrations, les services spécialisés, les œuvres privées et les organismes internationaux.

Il groupera 25 à 30 participants choisis parmi le personnel supérieur des travailleurs sociaux de différents pays.

Il aura une durée de 6 semaines, du 8 novembre au 19 décembre 1954.

Institut d'Hygiène et de Médecine d'Outre-Mer de l'A. F. N.
Faculté de Médecine - Alger

—o—

Des cycles d'enseignements théoriques et pratiques commenceront le 1er mars 1954 concernant :

1° le Diplôme Supérieur d'Hygiène et de Médecine d'Outre-Mer;

2° la paludologie pratique;

3° l'Hygiène Scolaire et Universitaire;

4° la préparation au concours d'examen des Médecins de la Santé Publique en Algérie.

S'inscrire en écrivant : Institut d'Hygiène et de Médecine d'Outre-Mer, Laboratoire d'Hygiène, Faculté de Médecine — Alger.

CONES

Solubles Antiseptiques

RENDELL

Ovules de forme particulière (modèle déposé)
facilitant leur utilisation et assurant
leur conservation aseptique

●

ACTION SPECIFIQUE SUR LES BACTERIES
ET LES PROTOZOAIRES
DES VOIES GENITALES FEMININES

●

PREVENTION ET TRAITEMENT DE TOUTES
LES INFECTIONS D'ORDRE GYNECOLOGIQUE

●

VAGINITE A TRICHOMONAS

ECHANTILLONS GRATUITS SUR DEMANDE

GYNAZUR

Poudres : 30 sachets

HYGIENE VAGINALE

Laboratoire des Produits W. J. RENDELL S. A. R. L.

BUREAUX : 61, rue Damrémont — PARIS-18e

USINE à Colombes (Seine)

Dépositaire pour la Tunisie :

H. VALENSI, pharmacien, 44, Avenue Jules-Ferry, TUNIS.

Liste récapitulative des travaux médicaux tunisiens parus en 1953 hors de la « Tunisie Médicale »

—o—

Junès (Sfax) :

Considérations opto-géométriques sur les verres correcteurs utilisés dans les amétropies sphériques et dans la presbytie. Annales d'oculistique, t. LIXXXVI, n° 9, 1953 pp. 820-842 et n° 10, 1953, pp. 918-942.

A. Calo :

Infarto del miocardio con febbre ondulante prolungata. Azione della penicillina. Cuore e Cir., *37* fév. 1953, 45-49.

Ankylostomiase et asystolie. Presse Méd., *61,* 7 mars 1953, p. 338.

Troubles, maladies et lésions cardio-vasculaires d'origine allergique. Maroc méd., *32,* avril, 1953, p. 355-369.

Cardiopatie congenite e malformazioni degli arti. Contributo casistico. XIV° Congr. Soc. Ital. Cardiol., Taormina 29-30, mai 1952; in Cuore e Circ. oct. 1953, *37.*

Jean Roche, Yves Derrien, Georges Diacono et Marie Roques :

Sur les hémoglobines humaines au cours des Thalassemies minimes (Maladie de Rietti-Greppi-Micheli) et majeure (anémie de Cooley) C.R. Soc. de Bio., 1953, n° 9-10, p. 771-774.

Sur les hémoglobines des Thalassémiques (Thalassémie minime et Anémies Méditerranéennes) Revue d'Hématologie 1953, t. 8, n° 3, p. 282-298.

Hector Diacono, Marcel Guillot et Albert Fiehrer :

Rôle du calcium dans les phénomènes d'hémolyse et de coagulation. Colloque d'Immunochimie, Bordeaux, octobre 1952, in Journ. Méd. de Bordeaux, *130,* 1953, 351.

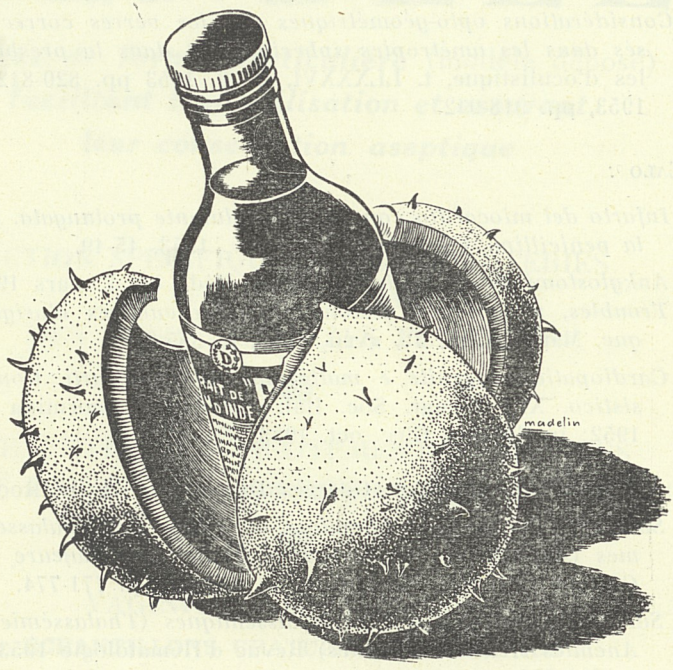
Hector Diacono et Mathilde Castay.

Détermination de l'alexinémie humaine en unités d'hémolyse à 100 % par utilisation de sérum de cobaye anti-globules rouges humains C.R. Soc. Biol. *146,* 1952, 1698.

Détermination de l'alexinémie humaine en unités d'hémolyse à 50 % par utilisation de sérum de cobaye anti-globules rouges humains C.R. Soc. Biol., *146,* 1952, 1701.

INTRAIT DE
MARRON D'INDE "P"

La préparation la plus riche en vitamine "P" native



Varices - Phlébites
Hémorroïdes
Fragilité capillaire

Posologie

FORTE	MOYENNE
100 à 500 gouttes	10 à 60 gouttes



Hector DIACONO et Georges DIACONO :

Technique de détermination de la résistance des hématies aux solutions hypotoniques de chlorure de sodium.
Revue d'hématologie, 1953, *8*, 299.

Mathilde CASTAY :

Contribution à l'étude de l'alexinémie humaine.
Thèse de Doctorat en Pharmacie (Université). Montpellier, 1953.

Fernand SLAMA :

Contribution à l'étude de l'activité bactériostatique des végétaux (Cryptogames vasculaires et plantes de la matière médicale tunisienne).
Thèse Doctorat en pharmacie (Université). Paris, 1953.

Hector DIACONO et Mathilde CASTAY :

Action du tromexane sur l'alexinémie. Congrès de l'A.F.A.S. Luxembourg, juillet 1953 *(sous presse in Revue générale des Sciences).*

D. KERTESZ :

Tyrosinase and Polyphenoloxidase; the Role of Metallic Ions in Melanogenesis, Biochimica et Biophysica Acta (Amsterdam, London et New-York), *9*, 170.

Azione del sistema Polifenolossidasi-catecolo su Colture in vitro di Sarcoma di Rous. Tumori (Milano) *38* 13.

Sur la dénaturation des protéines par la chaleur. Bull. Soc. Chim. Biol. (Paris) *35*, 623.

Etudes sur la Mélanogénèse : sur le mécanisme de l'oxydation de la Tyrosine par la Polyphénoloxidase (tyrosinase). Bull. Soc. Chim. Biol. *35*, 993.

Etudes sur la Mélanogénèse : sur l'existence des 5-6-dihydroxyindoles comme produits intermédiaires essentiels pendant l'oxydation enzymatique de la tyrosine, de la dopa et de l'adrénaline. Bull. Soc. Chim. Biol., *35*, 1157.

M. et L. UZAN :

Note sur le diabète en Tunisie. Congrès de l'Union Médicale Méditerranéenne, Palma, Mai 1953.

Le diabète en Tunisie (enquêtes et impressions). Le Diabète, 1953, *3*, 101.

M. Uzan :

Climatologie Tunisienne. Maroc Médical, numéro spécial de Climatologie Médicale., nov. 1953, t. XXXII, 342, 1117-1119.

M. Uzan et A. Dziri :

Microméthode de dosage du glucose sanguin. XVe Assemblée Générale de la F.I.P., Paris, 13-9-1953.

M. Cohen :

Rôle du corps thyroïde dans la physiologie de la lactation Annales d'*Endocrinologie,* 1953, t. XIV, 2, 229-232.

(*à suivre*).

Suppositoires anti-infectieux

RECTOSEPTAL *simple*

VOIES RESPIRATOIRES

RECTOSEPTAL *sulfamidé*

RECTOSEPTAL *bismuthé*

ANGINES

DEROL

LABORATOIRES **DEROL** • 66[TER] RUE S[T]-DIDIER • PARIS

SPECIMEDHY : 37, Rue d'Isly — Tunis — (Tunisie)
PHARMEDY : 13, Rue J.-J. Rousseau — Alger — (Algérie)
M. PELISSARD : 5, Boulevard de Londres — Casablanca — (Maroc)

LIVRES REÇUS

F. PAGÈS : « **Le Paludisme** ». Coll. « Que sais-je ? ». Presses Universitaires de France. 1 vol. 114 pages. 1953.

Bonne mise au point très didactique et simple qui intéressera non seulement le médecin et ses co-équipiers, mais tout le public éclairé.

—o—

F. BOLOT : « **Soins pré et post-opératoires** ». Préface du Dr H. LABORIT. 1 vol., 1953. Le François, Editeur, Paris.

Recueil de conférences destinées aux étudiants et collaborateurs du chirurgien, cet ouvrage dépasse de beaucoup le modeste but qu'il s'est assigné. C'est, comme le dit M. LABORIT dans sa préface, un véritable « **livre d'agressologie** » que M. BOLOT a écrit. Il intéressera tous ceux, médecins, chirurgiens, spécialistes qui y trouveront non seulement un enseignement simple, précis et pratique mais encore l'évocation d'une foule de problèmes médico-biologiques qui ne peut les laisser indifférents.

—o—

A l'O.M.S. :

La sous-alimentation et la malnutrition chez les mères, les nourrissons et les enfants. Troisième rapport du Comité Mixte FAO/OMS d'Experts de l'Alimentation et de la Nutrition. (1)

Le troisième rapport du Comité Mixte FAO/OMS d'Experts de l'Alimentation et de la Nutrition traite de la sous-alimentation et de la malnutrition chez les mères, les nourrissons et les enfants. Etablissant une distinction entre les deux états, les experts considèrent que la sous-nutrition est l'état qui se produit lorsque l'insuffisance en calories aboutit à l'inanition; la malnutrition est « l'état de mauvaise santé résultant de régimes alimentaires qui, tout en fournissant un apport plus ou moins suffisant en calories, sont constamment pauvres en protides ». Le Comité s'est occupé surtout de ce dernier état, d'autant plus que, ainsi que le souligne le rapport, « si la sous-nutrition ou l'affamement se manifeste de façon spectaculaire et se reconnaît aisément, il existe des formes de malnutrition difficilement décelables, qui tout en ne se rattachant pas nécessairement à la famine, témoignent d'une insuffisance du régime. » Tant que la population d'une région est, dans l'ensemble, sous-alimentée, la malnutrition la plus dangereuse risque de passer inaperçue et de ne jamais être soignée.

(1) Organisation Mondiale de la Santé : Série de Rapports techniques, N° 72, 32 pages; prix : Fr. s. 0,80, Fr. fr. 65, 1/6, $ 0,20. Il existe également une édition anglaise.

Après avoir examiné différents états de sous-nutrition et de malnutrition, notamment le kwashiorkor, les experts rappellent que les données relatives à ces conditions sont encore très insuffisantes et qu'il est indispensable d'approfondir les connaissances actuelles, en ce qui concerne les modifications cliniques, biologiques et pathologiques chez les enfants atteints de ces troubles. L'on n'a aucune information précise sur l'ampleur de la malnutrition protidique dans le monde, mais il y a des raisons de croire qu'elle est très répandue chez les habitants des pays tropicaux. Un régime riche en protéines peut y remédier, le traitement de base consistant, généralement, en lait écrémé en poudre.

Il est certain que le lait, les œufs, la viande, le poisson et, à un moindre degré, les légumineuses, ont une action préventive sur la malnutrition protidique. La consommation de ces aliments par les femmes enceintes ou les mères qui nourrissent leurs enfants pourrait prévenir l'apparition de cette maladie chez les nourrissons et les enfants; le régime de ces derniers peut également être amélioré par l'adjonction de certains produits alimentaires spéciaux, comme les « succédanés du lait », qui présentent ou non l'aspect du lait, mais ont une valeur nutritive analogue. Dans la mesure du possible, ces produits alimentaires spéciaux doivent être préparés au village, à partir de denrées disponibles sur place.

Les experts étudient également l'application des programmes d'amélioration de la nutrition et tracent les grandes lignes des recherches à poursuivre : recherches pratiques dans les populations, études cliniques et de laboratoire, recherches sur la valeur nutritive des denrées alimentaires.

Le rapport est accompagné de trois annexes : la première est une description du kwashiorkor; la deuxième, la liste de 32 noms différents sous lesquels on a désigné la malnutrition protidique dans diverses parties du monde; la dernière est une note sur la production alimentaire et les moyens de la développer.

—o—

L'Hôpital Rural : Sa structure et son organisation, par le Dr R. F. Bridgman.

L'hôpital rural qui, jusqu'ici, avait pour rôle essentiel d'assurer des soins aux malades, devrait étendre son activité à l'éducation sanitaire des populations, au dépistage des maladies sociales, aux consultations externes de soins, aux services de protection maternelle et infantile, et devenir ainsi le « centre de santé » de la communauté rurale.

Cette conception moderne de l'hôpital rural-centre de santé est exposée dans l'étude du Dr R. F. Bridgman, Directeur adjoint de la Santé du

LABORATOIRES DEGLAUDE
15, Boulevard Pasteur, PARIS-XVe
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS

DIGIBAÏNE
Tonique cardiaque

SPASMOSÉDINE
Sédatif cardiaque

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

La Grande Marque Des Antiseptiques Urinaires et Biliaires

56, Boulevard Pereire
PARIS (17e)

URASEPTINE ROGIER

dissout et chasse l'acide urique

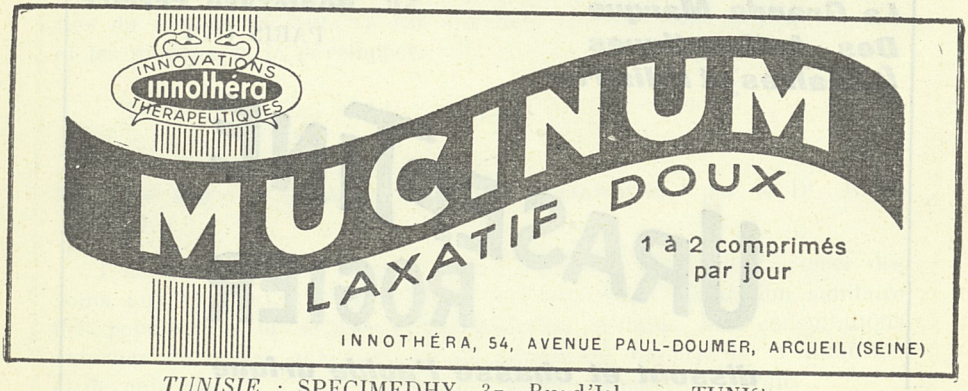
Echantillons et Littérature :
OFFICE DE PROPAGANDE MEDICALE, 53, r. des Maltais, TUNIS

département de la Seine (France), Inspecteur principal de la Santé, qui vient de paraître sous forme de monographie. (1)

S'adressant en particulier aux pays qui n'ont pas encore de réseaux d'hôpitaux ruraux — ou à ceux qui ont la possibilité d'adapter aux idées nouvelles les établissements existants — l'Auteur situe l'hôpital rural dans l'ensemble de l'organisation hospitalière puis aborde en une série de chapitres les aspects pratiques du problème. La structure de l'hôpital — dépendant des services qu'il doit abriter —, son orientation suivant le climat, son architecture et son équipement, la question du personnel et celle de l'administration, sont autant de sujets décrits et discutés. Dans le chapitre intitulé « De la théorie à la pratique », le Dr Bridgman passe en revue les modes de financement et les grands types d'organisation possibles dans diverses conditions : régions primitives des zones tropicales, régions insuffisamment développées à population agricole dense, régions en voie de développement économique, régions agricoles développées.

Tous ceux que préoccupe l'amélioration des conditions de vie physiques et morales des habitants des campagnes, dont l'hôpital rural est un élément fondamental, trouveront dans cet ouvrage des renseignements techniques précis, des suggestions et l'encouragement d'un Auteur qui, connaissant à fond le problème, estime que l'hôpital rural constitue « une des étapes indispensables d'un programme de relèvement économique des régions rurales. »

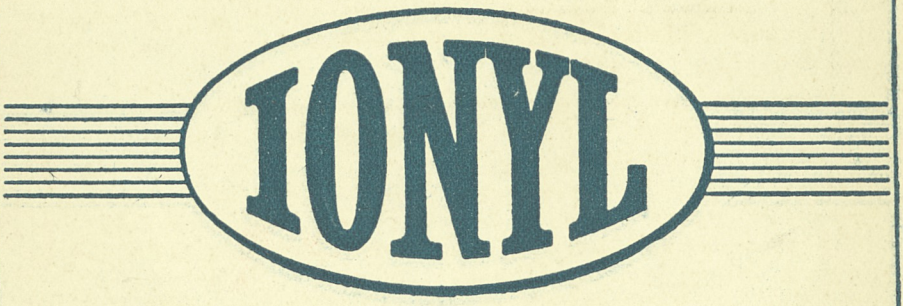
(1) Organisation Mondiale de la Santé : Série de Monographies, N° 21, 160 pages. Prix : Fr. fr. 640, Fr. s. 8, 10/, $ 2,00. Edition anglaise en préparation



TUNISIE : SPECIMEDHY, 37, Rued'Isly — TUNIS

Imp. Bascone & Muscat — 41, Av. de Londres — Tunis
Le Gérant : L. Lemoine — 8, Place du 7 Mai 1943 — Tunis

MÉDICATION
BIO-ÉNERGÉTIQUE
COMPLÈTE

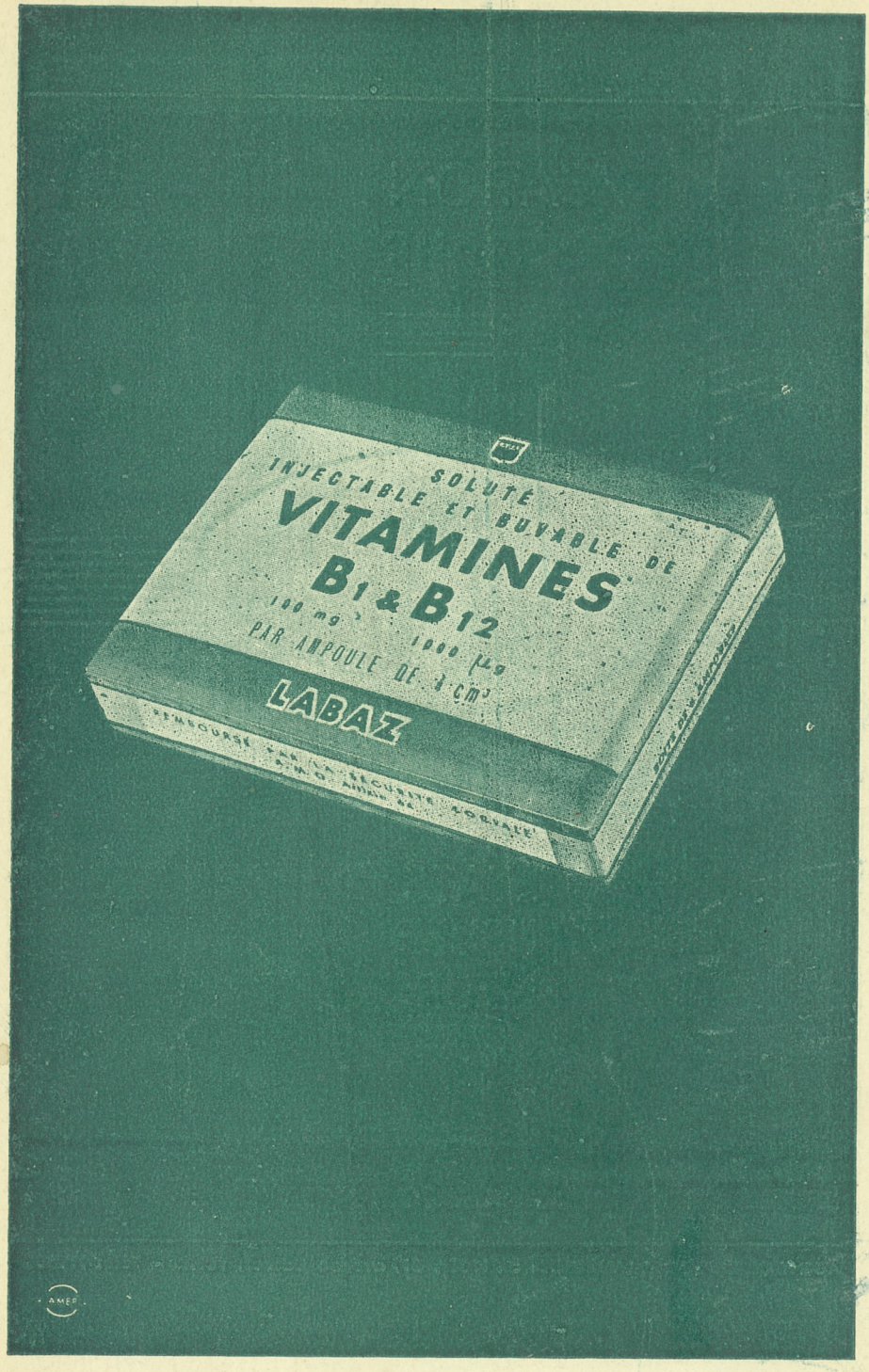


ÉTATS DÉPRESSIFS
USURE ORGANIQUE
NEURO-ARTHRITISME

RÉSULTAT IMMÉDIAT
INNOCUITÉ ABSOLUE

ÉCHANTILLONS ET LITTERATURE : LABORATOIRES "LA BIOMARINE", DIEPPE

AGENT GÉNÉRAL POUR LA TUNISIE : Ets NOTE, 61, avenue Garros, TUNIS — Tél. : 97.090



TUNISIE : Ets Note — 61, Avenue Garros — TUNIS - Tél. 97-090

N° 2 Février 1954

LA TUNISIE MEDICALE

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

et

BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI RÉUNIS

Siège Social : 25, Avenue de Paris — TUNIS

DIGITALINE NATIVELLE

LABORATOIRE NATIVELLE
27, Rue de la Procession — Paris 15

BIPHÉDRINE

PÉNICILLINE

HUILEUSE AQUEUSE

EPANAL

COMPRIMÉS

SUPPOSITOIRES 1 · 2 · 3 · 5 · 10

NÉO-CODION

SUPPOSITOIRES

GOUTTES DRAGÉES

GASTRO-SODINE

PLURIBIASE

LABORATOIRES DU DOCTEUR E. BOUCHARA, 47, RUE DE BRETAGNE, PARIS IIIe

XXXXIIe ANNÉE - No 2
Février 1954

LA TUNISIE MÉDICALE

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

et

BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI RÉUNIS

Comité de publication

— Le Rédacteur en Chef ..... Dr M. Uzan
— Le Rédacteur en Chef Adjoint ..... Dr J. Cuénant
— Le Président de la Société des Sciences Médicales ..... Dr Dupoux
— Messieurs les ..... Dr H. Bonan, Dr M. Hadjoudj

Comité de lecture

— Le Secrétaire de la Société des Sciences Médicales ..... Dr A. Sebag
— Le Secrétaire du Conseil de l'Ordre . N.....
— Le Secrétaire du Syndicat Médical Français et Tunisien ..... Dr H. Coursières
— Le Secrétaire du Syndicat des Médecins Tunisiens..... Dr M. Azaïz

Administration : L. Lemoine, 8, passage du 7 Mai — Tunis
Téléphone : 72-55

Publicité pour la France : **Stéphane BATARD**
4, Place de l'Hôtel de Ville - Le Raincy (S.-et-O.)
et 8, Rue Montyon - Paris IXe - Téléph. Provence 68.60

Reproduction interdite
Tous droits réservés pour tous pays

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

Thérapeutique Vaso-constrictive des Troubles circulatoires veineux des deux sexes

FLUXINE "P"

3 Formes

GOUTTES - DRAGÉES - SUPPOSITOIRES

COMPOSITION

INTRAIT DE MARRON D'INDE DAUSSE, TITRÉ EN AESCULOSIDE (Vitamine P) — **ALCOOLATURE D'ANÉMONE PULSATILLE** (plante fraîche) — **NOIX VOMIQUE...**

INDICATIONS

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

POSOLOGIE

X Gouttes (ou **1 dragée**) **3 fois par jour.**
Cas douloureux : 100 à 300 gouttes
1 Suppositoire le soir - Cas aigus : 3 suppos. par 24 h.

PRODUITS BONTHOUX

VILLEFRANCHE-sur-SAONE (Rhône)

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

SOMMAIRE (1re Partie)

PAGES

In mémoriam : Le Dr Auguste Cuénod 110

Société des Sciences Médicales de Tunisie 121

De l'opération de Harold Ridley — Présentation de deux opérés de cataracte avec inclusion de cristallins en acrylique, par le Dr Hadi Raïs 123

Sur la richesse en iode et la valeur alimentaire du gombo, par le Dr M. Uzan et M. A. Dziri 127

Société des Sciences Médicales de Tunisie 131

Crise d'asthme gravissime jugulée par une injection intra-veineuse lente de morphine, par les Drs André Corcos et Ahmed Sta-M'Rad 133

Porphyrie aiguë à forme intermittente, par les Drs Benmussa, H. Cohen, Yvan Boulakia et Charles Perez 137

Porphyrie aiguë à évolution mortelle, par les Drs Benmussa, H. Cohen, Yvan Boulakia, André Zérah et Pantaléo 149

Ablation des grosses rates nord-africaines par la voie combinée abdomino-thoracique, par les Drs H. Bonan, R. Ganem et Chelly 155

Sur un cas d'atrésie tricuspidienne congénitale, par les Drs B. Hamza et Joël Nataf 161

BILAMIDE-CILAG

Oxyméthylamide de l'acide pyridine-3-carbonique

une même molécule × 2 agents thérapeutiques — *l'amide nicotinique* — *un aldéhyde bactéricide*

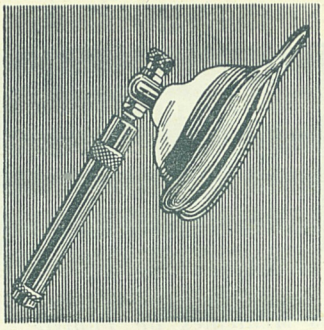
CHIMIOTHÉRAPIE ANTI-INFECTIEUSE A TROPISME BILIAIRE

★ BACTÉRICIDE
★ PROTECTEUR HÉPATIQUE ET CHOLÉRÉTIQUE
★ ANTISPASMODIQUE

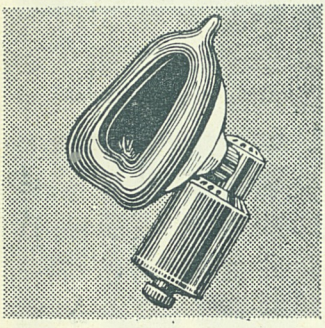
Remboursable par la Sécurité Sociale

LOBICA

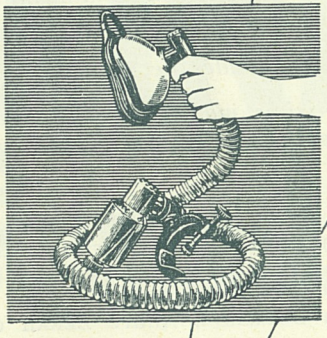
LABORATOIRES LOBICA - 25, RUE JASMIN - PARIS 16e



trilène n° 1



trilène n° 2



trilène n° 2
avec montage spécial de fixation

Toute la gamme des appareils inhalateurs pour auto-analgésie

TRI.7

TRICHLORÉTHYLÈNE

ICI

LABORATOIRES AVLON S. A.

21, avenue Victor Hugo - Paris 16e - Tél. : Klé. 12-70

PUBLICIS

CONCESSIONNAIRES DE IMPERIAL CHEMICAL (PHARMACEUTICALS) LTD. FILIALE DE IMPERIAL CHEMICAL INDUSTRIES LTD.

TUNISIE : Ets NOTE - 61, Avenue Garros - TUNIS - Téléphone : 97.090

SOMMAIRE (2me partie)

PAGES

Le Mégalérythème épidémique ou 5e Maladie de l'enfant, par les Drs Albert Sebag et André Zérah 165

Gangrène massive des extrémités consécutive à une artérite aiguë chez une enfant de 4 ans, par les Drs A. Corcos, S. Abitbol et Ch. Tabbane 171

Bulletin de l'Ordre 179

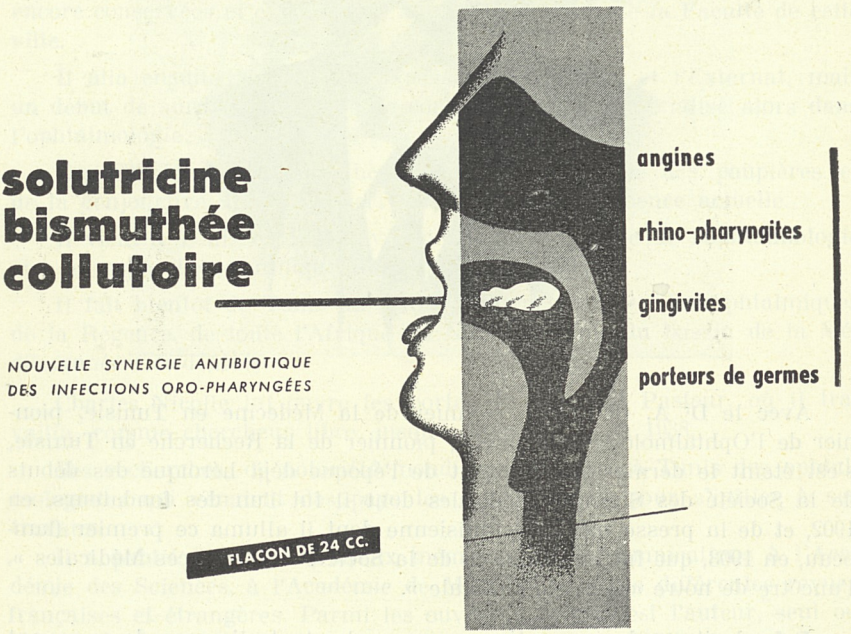
Réactions de l'organisme en pays trop chauds ou trop froids, par le Dr M. Uzan 187

Ministère de la Santé Publique 209

Informations 211

Livres reçus 214

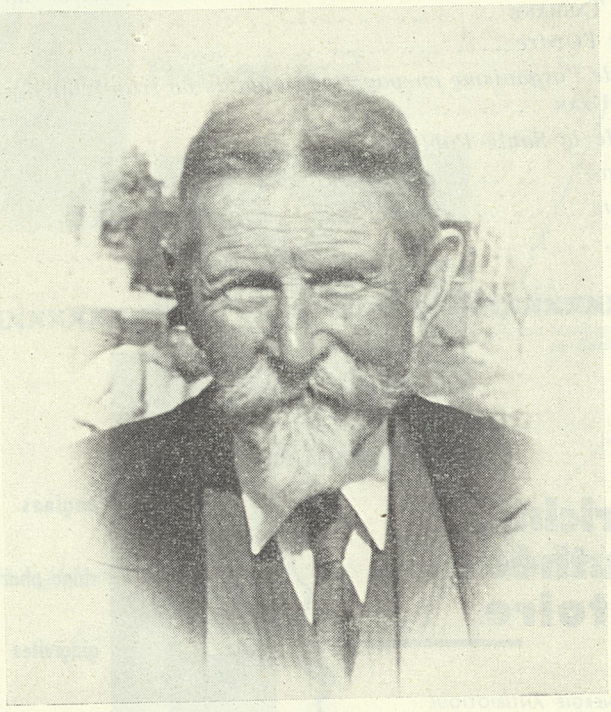
Films 219



TUNISIE : Ets H. Bonan — 34, Rue de Marseille — Tunis

IN MEMORIAM

Le Docteur Auguste CUENOD



Avec le Dr A. CUENOD, pionnier de la Médecine en Tunisie, pionnier de l'Ophtalmologie en Tunisie, pionnier de la Recherche en Tunisie, s'est éteint le dernier représentant de l'époque déjà héroïque des débuts de la Société des Sciences Médicales dont il fut l'un des fondateurs, en 1902, et de la presse médicale tunisienne dont il alluma ce premier flambeau, en 1903, que fut le « Bulletin de la Société des Sciences Médicales », l'ancêtre de notre « Tunisie Médicale ».

Il faudrait une longue notice pour rappeler toute l'œuvre de ce savant et de cet homme de bien, tant au point de vue médical, que scientifique, ou social.

Nous avons préféré réunir les hommages unanimes que la presse locale a offerts à la mémoire de notre grand disparu. Nous les publierons sans autres commentaires. Ils représentent pour nous l'expression d'une communion de tous les éléments de la population de Tunisie tendue vers un même sentiment de reconnaissance et de respect.

De « *La Dépêche Tunisienne* » :

La Médecine en deuil : le Dr Auguste Cuénod, apôtre mondial de la lutte contre le trachome est décédé. — Une des sommités du monde médical de Tunisie, le Dr Auguste Cuénod, connu dans le monde entier pour ses études contre le trachome, vient de mourir à Hammamet où il s'était retiré depuis quelques années.

Cette disparition laissera un vide immense dans la science médicale, car le Dr Cuénod était considéré à juste titre comme une des plus hautes sommités de l'ophtalmologie.

Né à Saint-Légier-sur-Vevey (Suisse), le 15 juin 1868, le Dr Cuénod, descendant de Français réfugiés en Suisse, lors de la révocation de l'Edit de Nantes, fit le début de ses études médicales à la Faculté de Lausanne où, très jeune prosecteur d'anatomie, certaines de ses préparations sont encore conservées et exposées au Musée d'Anatomie de la Faculté de cette ville.

Il alla ensuite à Paris où il passe ses concours et l'Externat, mais un début de surdité l'empêche de continuer et il se spécialise alors dans l'ophtalmologie.

En 1893, il présente sa thèse sur la bactériologie des paupières et de la conjonctive, thèse qui sert encore de base à l'heure actuelle.

Il vient à Tunis en 1894, s'y adonne à la pratique de l'ophtalmologie et à la recherche scientifique, ainsi qu'à la botanique.

Il fait bientôt de Tunis un centre d'attraction pour les ophtalmiques de la Régence, de toute l'Afrique du Nord et même du bassin de la Méditerranée Occidentale.

Charles Nicolle lui ouvre les portes de l'Institut Pasteur, où il travailla, comme chercheur libre, jusqu'à sa retraite, en 1938.

Ses recherches, de notoriété mondiale, ont attiré à Tunis des ophtalmologistes qui venaient des pays les plus éloignés pour s'initier à ses travaux.

Il a publié de très nombreux mémoires ou communications à l'Académie des Sciences, à l'Académie de Médecine et dans différentes revues françaises et étrangères. Parmi les ouvrages dont il est l'auteur, seul ou en collaboration, citons : Atlas d'ophtalmoscopie (1894); Le trachome (1930); Articles dans le Traité Français d'ophtalmologie (1939).

En 1939, il se retire à Hammamet, dans un jardin planté par lui-même, de fleurs et plantes qu'il aimait.

Ses travaux botaniques sont nombreux et de grande portée (théorie personnelle de l'influence de la feuille sur le développement de la feuille, actuellement pleine de possibilité).

Il a publié, avec Mme Pottier-Alapetite et M. Labbe, une « Flore de la Tunisie » en 3 volumes, dont le premier vient de paraître.

En 1903, il a fondé la Société Tunisienne des Sciences Médicales et aussi la Ligue Antialcoolique à Tunis.

En 1923, avec le Dr Nicolle et le Dr Morax, il fonda la Ligue Internationale contre le Trachome.

Homme d'une bonté extraordinaire, doué d'un cœur d'or, il fut bouleversé, en arrivant dans ce pays, par le nombre formidable des êtres humains malades des yeux et, avant même la création de tout service hospitalier d'ophtalmologie, il créa un dispensaire annexe à son cabinet où tous les indigents, de toutes confessions ou nationalités, sont soignés à titre absolument gratuit. Il a ainsi soigné et opéré des centaines de milliers de malheureux, ne voyant dans le malade qu'un être qui souffre.

Grand croyant, il a été, pendant 30 ans, vice-président du Conseil Presbytéral de l'Eglise Réformée Française de Tunis.

Le Dr Cuénod a trois fils, dont deux sont dans l'agriculture, le troisième étant ingénieur.

Médecin des hôpitaux de Tunis (civil et Sadiki) jusqu'en 1927, il était officier de la Légion d'Honneur et commandeur du Nichan Iftikhar.

Le 29 octobre 1949, il posa la première pierre du Centre Ophtalmologique et Anti-trachomateux de Tunis, le seul d'Afrique du Nord, et qui est, d'après les dires de tous les visiteurs, une de plus belles réalisations mondiales.

En 1951, il devint un des dix membres-d'honneur de la Société Française d'Ophtalmologie.

Avant de mourir, il aura eu, ces temps derniers, trois grandes joies. Tout d'abord la parution du premier volume de sa « Flore de la Tunisie ». Ensuite, tout récemment, la visite du Professeur Chams (de Téhéran) et du Professeur Mitsui (du Japon), qui n'ont pas voulu venir en Tunisie sans se rendre auprès du Maître de la Trachomatologie mondiale et qui ont été reçus par lui avec une telle lucidité d'esprit et de façon tellement brillante qu'ils en ont été émus jusqu'aux larmes. Enfin, dimanche dernier, il a pu voir réunis autour de son lit, avec sa femme, ses trois fils ainsi que son disciple, le Dr Roger Nataf, qu'il considérait comme son quatrième enfant, et a fait ses ultimes recommandations à transmettre à son petit-fils Michel, étudiant en médecine.

Cette perte sera ressentie très vivement en Tunisie où le Dr Cuénod était aimé et vénéré de tous, et ce parmi tous les éléments de la population de la Régence pour son savoir et sa bonté.

Nous nous inclinons respectueusement devant la mémoire de ce grand savant qui honore la science française, et de cet homme de bien, et adressons à sa veuve, à ses fils, à son disciple et à toute sa famille, l'expression de nos condoléances émues et attristées.

De « *La Presse* » :

Le Dr Cuénod, pionnier de la lutte contre les maladies oculaires, est décédé hier à Hammamet. — On apprenait hier soir la mort du Dr Auguste Cuénod à l'âge de 86 ans.

Né à Saint-Léger-sur-Vevey (Suisse), en 1868, le Dr Cuénod était un spécialiste des maladies des yeux.

Descendant de Français réfugiés en Suisse lors de la révocation de l'Edit de Nantes, il réintégra sa nationalité sur sa demande en 1893.

Il fit ses études au Collège puis à la Faculté de Médecine de Lausanne (Suisse); à la Faculté de Médecine de Paris (1889-1895). Docteur en Médecine de la Faculté de Paris, il obtint successivement la médaille d'argent de cette Faculté; le Prix Meynot de l'Académie de Médecine en 1895; puis à cette date, il vint s'établir en Tunisie.

Médecin aide-major de 1re classe de réserve, il fut un des premiers présidents (1906-1907) de la Société des Sciences Médicales de Tunis, à la création de laquelle il œuvra avec dynamisme. A Tunis, il se fit tout de suite remarquer par des soins éclairés qu'il donnait aux indigents à titre gratuit, à l'ancien hôpital Saint-Louis, puis à la « Clinique Ophtalmologique » de la rue Zarkoun. Il parvint par la suite à intéresser à une œuvre aussi profondément humaine, les hautes personnalités du Gouvernement du Protectorat dont l'aide fut appréciable.

Le Dr Cuénod a consacré de longues années d'études au trachome et les résultats de ses observations se trouvent résumés dans un ouvrage remarquable.

C'est un des fondateurs de la Ligue Internationale contre le Trachome dont il présida la section tunisienne, avec le Dr Lemanski de la Société des Sciences Médicales de Tunisie. Il était également président de la Ligue Anti-alcoolique et a présidé à deux reprises des Congrès de botanique.

Sa conférence sur le Trachome à l'Exposition Coloniale de Paris (1931) a obtenu le plus vif succès. Sa puissance de travail forçait l'admiration.

Il y a 15 ans, il estima le moment venu de passer le flambeau à son disciple et ami notre concitoyen le Dr Roger Nataf.

Mais de sa retraite paisible, il suivait les efforts de ce dernier dans l'organisation de la lutte contre le trachome, d'abord sur le plan tunisien, puis sur le plan français et enfin, sur le plan international. Le Dr Roger Nataf est en effet un des 7 membres du Comité des experts contre le trachome de l'O.M.S.

Le Dr Cuénod était officier de la Légion d'Honneur.

« La Presse » présente à la famille du disparu et à ses disciples ses compliments de condoléances.

Du « *Petit Matin* » :

Mort du Dr Cuénod. — Le Dr Auguste Cuénod que bien rares sont les Tunisiens à ne point connaître, vient de rendre le dernier soupir à Hammamet où il s'était retiré il y a quelque temps.

Né en 1868, descendant de Français réfugiés en Suisse à la suite de la révolution et de l'Edit de Nantes, le Dr Auguste Cuénod a réintégré la nationalité française en 1893.

Il fit ses études de médecine aux Facultés de Lausanne et de Paris et remporta le Prix Meynot de l'Académie de Médecine.

Venu en Tunisie en 1895, le Dr Cuénod fonda la Société des Sciences Médicales qu'il présida de nombreuses années durant. Il a été l'un des fondateurs de la Ligue Internationale contre le Trachome.

Devant le très grand nombre de malades nécessiteux, il créa des cliniques pour indigents où ces derniers recevaient tous les soins que nécessitait leur état.

Le Dr Cuénod collabora aussi à des journaux et à des revues où il exposa son point de vue sur les méfaits du trachome et les moyens de le guérir.

Il présida à plusieurs reprises des Congrès de botanique.

Homme d'une grande valeur scientifique, le Dr Auguste Cuénod a mené une lutte sans merci au trachome, sauvant des dizaines de milliers de personnes.

Son nom demeurera éternel dans l'histoire de la Tunisie.

« Le Petit Matin » présente à la famille du grand disparu, l'expression de ses condoléances émues.

De « *Tunisie-France* » :

Le Dr Cuénod, pionnier de la Science en Tunisie, disparaît. — Il n'est très certainement pas exagéré de dire que la Tunisie est aujourd'hui en deuil.

Le Dr Auguste Cuénod, dont le nom restera pour les habitants de ce pays synonyme d'intelligence et de charité, s'est éteint hier à l'âge de 86 ans, en sa propriété d'Hammamet où, depuis sa retraite volontaire, il passait des jours heureux entouré de la vénération de ses malades, de ses disciples, de l'affection de sa famille.

S'il est des vies heureuses pour le bien qu'elles ont apporté autour d'elles, celle du Dr Cuénod restera à citer en exemple.

Né en 1868 à Saint-Légier-sur-Vevey, en Suisse, le Dr Cuénod était d'une famille française réfugiée en Suisse lors de la promulgation de l'Edit de Nantes. Il fit ses premières études médicales à la Faculté de Lausanne où son nom est encore connu comme celui d'un des plus brillants sujets qui aient bénéficié de l'enseignement professé dans les amphithéâtres de la célèbre Université suisse.

Ayant réintégré sa nationalité véritable, le Dr Cuénod se rend à Paris, réussissant à tous les concours et obtenant successivement la médaille d'argent et le Prix Meynot.

Un début de surdité l'oblige à se spécialiser dans l'ophtalmologie. Le destin suit ainsi d'étranges détours. Car c'est le début d'une carrière qui allait faire connaître le nom d'Auguste Cuénod à travers le monde.

En 1894, il s'installe à Tunis qui devient grâce à lui un centre d'attraction pour les ophtalmiques de la Régence, d'Afrique du Nord et même des confins de la Méditerranée occidentale.

Chercheur libre jusqu'en 1938 à l'Institut Pasteur, ses recherches attirent des personnalités de notoriété mondiale.

Mais plus que ses livres et ses recherches, « la Clinique Ophtalmologique » de la Rue Zarkoun où il soignait gracieusement des milliers d'indigents est le témoignage de la grande valeur de cet homme de bien dont l'activité inépuisable fut toute au service des malheureux.

A l'heure où disparaît l'un des plus dévoués serviteurs de la science, de la patrie et de l'humanité qui aient jamais fait la réputation de la civilisation occidentale en ce pays, « Tunisie-France » s'incline respectueusement devant la douleur de sa famille et de ses disciples.

De « *Tunis-Soir* » :

La mort du Dr Cuénod. — C'est avec une vive peine qu'on a appris la mort survenue à Hammamet, à 86 ans, du Dr Auguste Cuénod qui est justement considéré comme le maître de la Trachomatologie mondiale et dont les éminents services en Tunisie ont permis de réduire dans une notable proportion les dégâts que causait la terrible maladie.

Il y avait 60 ans que le Dr Cuénod, d'origine suisse puis naturalisé français en 1893, était venu en Tunisie où dès le début il se distingua comme savant et comme bienfaiteur, créant de toutes pièces à Tunis un foyer de lutte antitrachomateux. Les travaux du Dr Cuénod demanderaient une place considérable qu'il s'agisse d'études particulières sur le trachome et les maladies des yeux ou de travaux sur la botanique. On lui doit dans ce dernier domaine un ouvrage considérable représentant 50 ans de recherches et consacré à la Flore de la Tunisie et dont il aura eu la joie de voir paraître le premier volume avant de mourir.

La mort du Dr Cuénod laisse un vide et un exemple. Son nom restera en tête des œuvres qu'il a créées dans le pays et un souvenir de la grande figure morale et humaine qu'il représentait.

A ses trois fils, à sa veuve et à toute sa famille, une foule considérable apportera cet après-midi aux obsèques qui se dérouleront à Hammamet, le témoignage d'admiration et d'émotion de toute la Tunisie.

Nous leur exprimons à notre tour notre sympathie attristée.

De « *Tunis-Socialiste* » :

Le Dr A. Cuénod. — Le Dr Auguste Cuénod est mort.

Doyen du Corps médical de Tunisie, retiré depuis de nombreuses années déjà dans sa villa d'Hammamet, où il continuait d'ailleurs, tout en herborisant (sa passion secrète), de donner conseils et soins autour de lui, le Dr Auguste Cuénod était entré vivant dans la légende.

Il était un des pionniers de la médecine moderne en Tunisie.

Il avait, dès la fin du siècle dernier, annexé un dispensaire pour indigents à son cabinet de consultations.

Il avait poursuivi dans des conditions difficiles, seul d'abord, puis avec l'Institut Pasteur de Tunis, des recherches sur le trachome qui lui avaient assuré une notoriété et une autorité mondiales.

Il avait été le promoteur, l'un des fondateurs, et le premier Secrétaire Général de la Société des Sciences Médicales de Tunis dont le jubilé fut célébré en 1952.

A une époque où la rivalité franco-italienne, parfois fort vive, risquait à tout instant de dresser les uns contre les autres les praticiens français et italiens, il fut toujours le conciliateur.

Il avait d'ailleurs un sens très aigu de la solidarité internationale du Corps médical et je me souviens encore de son intervention généreuse à une réunion du Syndicat Médical Français, vers 1934, au moment où la montée de l'hitlérisme amenait en Tunisie de nombreux médecins juifs allemands.

Sa générosité, son dévouement pour les grandes causes, étaient inépuisables.

Il fut le Président de la Ligue Nationale contre l'Alcoolisme.

Il fut également le Président de la Section de Tunisie de l'Union Temporaire contre la Prostitution Réglementée et la Traite des Femmes qui fonctionna en Tunisie, il y a 15 ou 20 ans — et qui obtint, entre autres succès, la fermeture du quartier réservé de la rue des Oies, et également que soit épargnée à Tunis la honte d'avoir un « Bousbir » type Casablanca ou Marrakech. C'est là, en travaillant à ses côtés en qualité de Vice-Président, que je l'ai le plus fréquenté et connu.

Il était grand, à peine voûté malgré son âge. En fait il ne se penchait que pour vous écouter de plus près, car il était atteint de surdité, ce qui, contrairement à la légende, ne l'empêchait pas de parler d'une voix douce, et d'être d'une courtoisie et d'une égalité d'humeur parfaites.

Sa silhouette d'un autre âge, avec l'impériale et la redingote, inspirait le respect.

Mais ce qui frappait le plus en lui, c'était son étonnant regard, à la fois très perçant, très « investigateur » et très profondément bon, où la clairvoyance, dans tous les sens du mot, s'alliait étroitement et harmonieusement à la bienveillance et à la sensibilité

On n'aura pas fait le portrait complet de cette haute figure si l'on n'ajoute pas que c'était un croyant, un vrai, un descendant de ces calvinistes qui s'étaient réfugiés à Genève après la révocation de l'Edit de Nantes et dont les familles étaient traditionnellement restées très profondément françaises.

Voilà ce que fut l'homme.

Et, parce qu'il fut cela, au cours d'une longue vie toute droite, il fut l'un des plus magnifiques artisans de l'œuvre française en Tunisie, et l'on doit vivement regretter que le monde officiel n'ait pas hier rendu à sa dépouille mortelle des hommages plus éclatants.

Dr E. C.-H.

✦ ✦ ✦

Les obsèques de notre confrère se sont déroulées dans une simplicité émouvante à Hammamet, en présence de très nombreuses personnalités :

Le Général Tahar Maoui, directeur du Protocole, avait été spécialement délégué par S. A. le Bey, tandis que M. Pierre Voizard avait chargé de le représenter M. Jannin, contrôleur civil. S. E. le Dr Ghachem, ministre de la Santé Publique avait délégué Me Ghachem, son chef de Cabinet ainsi que le Dr Abdelmoula.

Si Sedriani, caïd de Nabeul était également présent ainsi que Me Albert Karila, vice-président délégué de la Municipalité de Nabeul et représentant ses collègues du Grand Conseil de la Tunisie.

Le Conseil de l'Ordre des Médecins avait envoyé une délégation, avec à sa tête, le Dr Bouquet. La Société des Sciences Médicales, les syndicats médicaux français et tunisiens étaient largement représentés. Nous notons encore les Drs Duran, directeur de l'Institut Pasteur; Zaouche, Barsotti, Ottavy, Rollin, Burnet, des personnalités du monde agricole, et des délégations de la C.G.A. et de diverses Sociétés mutualistes.

Dans le salon où le Dr Cuénod reposait dans son cercueil, et où s'amoncelaient les gerbes de fleurs, le Pasteur Kraft dit les simples prières du culte protestant et après l'exécution du cantique « Reste avec nous », le cortège funèbre se dirigea vers le cimetière d'Hammamet.

Là, le Dr Benmussa, vice-président de la Société des Sciences Médicales, prononça avec émotion l'allocution suivante :

Discours du Dr Benmussa :

« Cuénod atteignait la perfection absolue ».

C'est avec une profonde émotion, que nous avons appris la mort de Cuénod, hier matin.

Comment trouver les mots pour parler de Cuénod ?

Quelle éloquence il faudrait, pour exprimer notre admiration, notre respect pour l'homme qui vient de disparaître !

Il représente l'idéal des vertus accomplies, de toutes les vertus humaines.

Quand un médecin réunit en lui, toutes les qualités morales et intellectuelles de Cuénod, il arrive à la perfection absolue, car notre profession est telle qu'elle permet toutes les possibilités.

Il a été et sera toujours l'exemple d'une vie de médecin, que nous pourrons peut-être approcher et que bien peu pourront égaler, car il fut un grand savant, un chercheur, un grand philanthrope, un homme de bien, et grand croyant.

Ses travaux sont connus dans le monde entier. Point n'est besoin de les énumérer, car son œuvre est immense. Il a créé à Tunis une véritable école, un centre d'attraction des ophtalmologistes du monde entier. On est venu de partout, pour le connaître et s'initier à ses travaux. Tout récemment encore, il a reçu 2 Professeurs, un Iranien et un Japonais, qui ont désiré connaître le maître incontesté de la trachomatologie mondiale. Il les a reçus avec sa modestie et sa simplicité habituelles. Car nous l'avons approché, pendant tellement d'années, et toujours nous avons été impressionnés, frappés par sa simplicité et sa gentillesse, qui s'harmonisait si admirablement avec son allure de grand patron.

Je le vois encore circuler au milieu de ces pauvres malades des yeux, dans son dispensaire de la rue Zarkoun qu'il a créé en 1898.

Il l'a créé, on peut dire, avec son cœur.

Il n'y a guère d'exemple d'un médecin, créant un dispensaire annexé à son cabinet et soignant des indigents par centaines de milliers. Il en a senti la nécessité, à une époque, où les malheureux n'avaient rien ou presque rien, car les services hospitaliers d'ophtalmologie n'existaient pas encore. Et c'est ainsi qu'au début de ce siècle, les malades des yeux de toute la Tunisie, reconnaissaient à tâtons, le dispensaire de la rue Zarkoun, où on les soulageait gratuitement.

Cuénod était le plus bel exemple du médecin complet. Il avait la plus belle des qualités humaines : la bonté. Ses capacités scientifiques, il les appliquait à soulager. Il ne voyait dans un malade qu'un homme qui souffre. Il ignorait les différences de religion, de race, de nationalité.

On le trouvait partout où il pouvait faire le bien. Il était de toutes les œuvres charitables de toutes confessions et de toutes nationalités.

Il était de la véritable internationale, la seule valable : l'internationale du cœur.

Ce fut aussi un grand chrétien. Il s'astreignait aux règles rigoureuses de la morale religieuse. Morale qui a dirigé toute sa vie.

En outre, il a créé la Ligue Anti-alcoolique. Œuvre qui complète si bien son action morale et médicale.

Enfin, à la Société des Sciences Médicales, nous lui devons d'exister; car il fut le fondateur de notre Société. Je relisais hier, le discours qu'il a prononcé il y a 2 ans, au cinquantenaire. Il a raconté avec son esprit

clair et plein de charme les difficultés qu'il eut à la créer en collaboration avec Lemanski : la façon dont il a su faire l'union entre des médecins d'origines différentes et qui se comprenaient si mal.

Il a réussi, car il y a des hommes que l'on ne peut pas ne pas suivre.

Quand on a connu des hommes de la classe de Cuénod, on a l'impression d'être tout petit, et que l'on n'a plus qu'à obéir et obéir avec respect.

Il avait terminé son discours du Cinquantenaire par cette belle phrase :

« La Société des Sciences Médicales de Tunis ira de pair avec toutes celles, de but analogue, dans le monde entier, d'un monde entier enfin pacifié et apaisé, et où il n'y aura plus de rivalités que pour le bon travail et la bonne amitié. Encore une fois, messieurs, continuez ».

Nous continuerons, et cela avec le souvenir impérissable d'un homme qui fut le modèle de toutes les vertus médicales et humaines.

✦ ✦ ✦

Puis, le Pasteur Cabantous, au nom de l'Eglise Réformée Française, rappela les qualités de cœur et d'altruisme du Dr Cuénod ainsi que sa foi protestante et son action en faveur des œuvres sociales ou humanitaires.

Enfin, le Pasteur Kraft qui officiait dit les dernières prières.

✦ ✦ ✦

Le vendredi 12 février, le Dr Dupoux, président de la Société des Sciences Médicales, ouvrait la séance, en ces termes émus :

« C'est avec une profonde émotion que nous avons appris le décès de notre éminent confrère le Dr Cuénod, survenu lundi dernier. En mon absence, et je m'en excuse, c'est à notre vice-président Benmussa qu'est revenu le douloureux devoir d'adresser au nom de la Société des Sciences Médicales, le dernier adieu à celui qui fut le fondateur de notre Société, et pour lequel nous n'avions qu'admiration et respect.

« Il l'a fait dans les termes émouvants que vous savez, et a magnifiquement exhalté l'œuvre du grand savant, du grand philanthrope et de l'homme de bien. Cuénod doit rester pour nous un exemple. Son souvenir restera fidèlement gardé en ce lieu où il a œuvré et s'est sacrifié pour le bien de tous. »

✦ ✦ ✦

La « Tunisie Médicale » s'incline devant cette tombe où repose au milieu d'horizons qui lui ont été toujours chers, notre grand disparu.

A ses fils et petits-fils, à son disciple Roger Nataf, elle présente ses condoléances sincères et bien attristées.



TUNISIE : Ets ZANA et COHEN-JONATHAN
14 bis, Rue Arago — TUNIS

Société des Sciences Médicales de Tunisie

—o—

VENDREDI 22 JANVIER 1954

—o—

Présentations de malades :

Présentation de deux opérés de cataracte avec inclusion de cristallin en acrylique.

par M. Ben Brahim Raïs.

Un cas de Myasthénie,

MM. Mareschal et H. Cohen.

Communication :

Sur la richesse en iode et la valeur alimentaire du gombo,

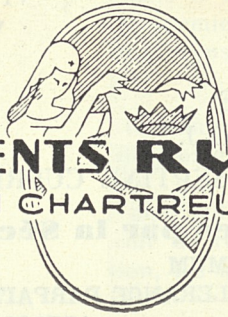
par MM. Maurice Uzan et A. Dziri.

MÉDICATION ANTISPASMODIQUE DE LA TOUX

Spasmoforme

COMPRIMÉS DRAGÉIFIÉS

LABORATOIRES TOULADE — NANTERRE (Seine)
Tunisie : BEDOUCHA - 5, Rue de Broves - TUNIS



PANSEMENTS RUBY S.A
VOIRON EN CHARTREUSE (ISÈRE)

TUNISIE : AGENCE PHARMACEUTIQUE FRANÇAISE
8, Passage du 7 Mai - Tunis

nouvel Antihormotrope de Synthèse

DIOBÈNE

3-5-DIIODO-4-HYDROXYBENZOATE DE N-BUTYLE

Régulateur des troubles hyperthyroïdiens
et hyperfolliculiniques

BOITE DE 40 COMPRIMÉS DOSÉS A 0.25
REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

2 A 8 COMPRIMÉS PAR JOUR
LITTÉRATURE MÉDICALE *sur demande*

CORBIÈRE

BASEDOWS
MÉNOPAUSE
DYSMÉNORRHÉES

LABORATOIRES CORBIÈRE • 27, RUE DES RENAUDES • PARIS 17e

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

LABORATOIRES H. FAURE

8, Place de la Liberté — ANNONAY (Ardèche)

H. FAURE, Pharmacien

LES VITA-COLLYRES

Collyres à Tonicité et pH Physiologiques

Application des données récentes de la physico-chimie en thérapeutique oculaire, permettant d'éviter l'irritation acide ou alcaline et les inconvénients du déséquilibre osmotique des collyres habituels

VITA-IODUROL
VITA-BLEU
VITACARPINE
VITATROPINE
VERT-SULFO J.
VITASEPTINE
VITAZINC
VITARGENOL
VITACHROMOL
CORTISONE

VITASEPTINE CUPRIQUE

"Remboursables par la Sécurité Sociale"

EFFICACITE MAXIMUM
TOLERANCE PARFAITE
APPLICATION INDOLORE

DE L'OPERATION DE HAROLD RIDLEY

—o—

Présentation de deux opérés de cataracte avec inclusion de cristallins en acrylique

par le Dr HADI RAÏS

—o—

Avant de vous présenter les deux opérés, et pour mieux vous faire saisir les progrès réalisés dans l'intervention de la cataracte par cette nouvelle méthode, nous ne pouvons mieux faire que de vous brosser un court historique emprunté à l'article de Harold RIDLEY, le promoteur de cette opération, article paru en mars 1952 sur le « British Journal Of Ophthalmology ».

Avant 1748 l'opération de la cataracte consistait dans la luxation du cristallin dans le vitré : cette méthode entraînait de redoutables complications. Le mérite de DAVIEL est d'avoir imposé l'extraction de la cataracte : cette extraction d'abord extracapsulaire c'est-à-dire sans l'ablation du sac cristallinien, devient au début du XXe siècle, grâce à l'impulsion de SMITH et de ELSCHING intracapsulaire c'est-à-dire avec ablation du sac cristallinien. Les résultats obtenus grâce à l'intracapsulaire sont remarquables certes, mais cependant, il faut reconnaître que les verres d'aphaques, en plus des inconvénients qui leur sont propres, ne peuvent prétendre rétablir la vision binoculaire chez les opérés de cataracte unilatérale : d'où l'inutilité, voire même la contre-indication de l'opération dans ces cas et c'est justement là que l'opération de RIDLEY est particulièrement indiquée.

L'idéal entrevu par tout Ophtalmologiste, après les très beaux résultats obtenus dans les greffes de la cornée, est évidemment la greffe du cristallin, organe non seulement avasculaire, mais encore démuni de nerfs : certes l'opération présente des difficultés de réalisation majeures, et les complications que pourrait entraîner la luxation du cristallin greffé seraient redoutables, mais il revient cependant à Harold RIDLEY le mérite insigne d'avoir le premier abattu ce mythe de l'impossibilité d'inclusion d'un cristallin transparent à la place du cristallin cataracté.

C'est après avoir constaté la tolérance parfaite des yeux atteints de plaies pénétrantes avec débris de plexiglass intra-oculaires chez des aviateurs durant la dernière guerre, que RIDLEY fait fabriquer par « l'Impérial Chemical Industry » une lentille se rapprochant par ses dimensions, sa forme et son pouvoir de réfringence du cristallin humain et donnant par sa composition, les meilleures garanties de tolérance intra-oculaire.

NOUVEAU !

le
traitement de l'Athérosclérose

SYNDROMES ANGINEUX – CORONARITES
ALGIES PRÉCORDIALES – DÉCHOLESTÉRINISATION

THIAMALGYL CHOLINE
Vitaminé C

Iodhydrate d'iodothiamine . . .	100 mg
Chlorhydrate de choline.	1 gr
Acide *l* Ascorbique	30 mg

injectable

Combinaison cristallisée originale d'iode et de Vitamine B1.

Retarde ou prévient l'hypercholestérolémie et le développement de l'athérosclérose expérimentale.

Pas d'apport de sodium (régimes restrictifs)

LOGEAIS

Nous avons pratiqué l'inclusion de cristallin en acrylique sur trois sujets, atteints de cataracte unilatérale.

Nous vous présentons aujourd'hui les deux premiers, le dernier récemment opéré est encore hospitalisé :

I. Amar Ben *Salah*, 50 ans : opéré le 14 nov. 1953; O.D. cata-Sénile. Vision après RIDLEY 2/10.

II. Younès Ben *Salah*, 45 ans : opéré le 12 déc. 1953; O.G. cataracte endocrinienne, Vision après RIDLEY 8/10.

III. *Salah* Ben Mohamed, 22 ans : opéré le 19 janv. 1954; O.G. cataracte traumatique.

Après avoir cru à l'absence de corps étranger intra-oculaire après interrogatoire et une radio négative, on opte pour un RIDLEY mais au cours de l'intervention nous heurtons un obstable à chaque essai d'inclusion de la lentille, et ce n'est qu'après le troisième essai que l'on découvre un corps étranger métallique enfoui dans le tissu irien; on l'extirpe et l'introduction de la lentille se fait alors sans difficultés.

CONCLUSIONS

L'intervention de Harold RIDLEY est actuellement combattue âprement : nous avons brossé sciemment un court historique de l'opération de la cataracte pour nous permettre de vous rappeler combien ont été également combattues en leur temps l'extracapsulaire de DAVIEL d'abord, et l'intracapsulaire de SMITH et de ELSHING ensuite.

Seul l'avenir est habilité à porter un jugement final sur cette audacieuse innovation de RIDLEY.



TUNISIE : Ets ZANA et COHEN-JONATHAN
14 bis, Rue Arago — TUNIS

OPO VEINOGÈNE

CALSCORBAT

LEVULOSE CHOLINE BIOSEDRA

GADEOL 20

MIGYL

Biosedra

LABORATOIRE BIOSEDRA 60, RUE DE ROME, PARIS 8e TÉL. LAB. 19-13 ET 19-14

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

Sur la richesse en iode et la valeur alimentaire du gombo

par M. UZAN et A. DZIRI

—o—

Les aliments utilisés, en général, par la population tunisienne sont pour la plupart pauvres en iode. C'est ainsi que céréales, olives, dattes qui sont des produits de base dans la consommation courante, en contiennent fort peu, le blé qui est en tête, ne renfermant que 3 microgrammes pour 100 gr., dans les conditions les meilleures. Il est vrai que les produits animaux pourraient en apporter davantage : les laitages ou les aliments marins, entre autres. Nous relevons, en effet, dans les tables publiées par la F.A.O. les chiffres suivants :

Lait de vache	0 mgr. 09	dans	100 gr.	de produit frais
Beurre	0,06	»	»	»
Poissons demi-gras (hareng)	0,02	»	»	»
Foie de bœuf	0,008	»	»	»
Œufs	0,005	»	»	»

Par ailleurs, certains auteurs nous indiquent les résultats suivants :

Huîtres de Claires .	4 mgr.,95	pour 100 gr.	(Lambert)
Merlan	0,56 à 0,68	»	(Lassablière)
Mulet (muge)	0,485	»	(Nilson et Coulson)
Morue	0,103	»	» »
Maquereau	0,053	»	» »

On sait aussi que ces derniers chiffres sont des maximum. Pour l'huître, en effet, les chiffres américains sont très inférieurs à ceux de Lambert : Nilson et Coulson donnent 0 mgr., 049 et 0 mgr., 030 pour les huîtres des côtés Pacifiques. Il est vrai que Loubatié et Salles ont montré qu'on pouvait augmenter le rendement en iode de l'huitre artificiellement en élevant ce mollusque dans des bassins sur-iodés. En tous cas, l'huître est très peu consommée en Tunisie; les poissons le sont d'avantage, dans les régions côtières surtout.

D'autre part, le rendement en Iode du lait, des viandes, ou des œufs dépend beaucoup des végétaux consommés par les animaux producteurs : sur les côtes, à proximité de la mer, il peut être assez haut; il n'est jamais suffisant dans les régions de l'Intérieur.

Si l'on ajoute que, dans des territoires restreints, l'eau ne renferme pas assez d'iode aussi, on conçoit qu'il puisse exister, aux confins de l'Algérie, sur les hauteurs, quelques foyers de goître.

Nous avons donc recherché s'il n'existait pas, dans les aliments traditionnellement consommés en Tunisie, un produit de forte te-

neur en iode. En parcourant le traité de JACOBS, nous avons pu voir qu'aux Etats-Unis et plus particulièrement dans l'Oklahoma, HELLER et ses collaborateurs avaient signalé déjà la remarquable richesse en iode de l'Okra qui, comme notre Gombo, est une variété de l'*Hibiscus Esculentus L.* (Malvacée). Nous avons alors étudié ce légume si recherché par la population tunisienne et qui sert à faire ces plats de « guenaouia » dont elle se délecte.

L'échantillon moyen donne (par la méthode de Michel) 63 mgr. pour 100 gr. de substance desséchée à 100° et 9 mgr., 586 pour 100 gr. du fruit à l'état où il est offert à la consommation. C'est là une teneur considérable quand on songe que l'eau de mer ne renferme que 0 mgr. 2 pour 100 cc et que les goémons *secs* d'où on extrayait l'iode industriellement en comportent 200 à 500 mgr. pour 100 gr. On sait que ces derniers avec les algues et les varechs sont les produits, utilisables dans l'alimentation, les plus riches que l'on connaisse à ce point de vue, et que les Japonais les consomment justement pour compenser la carence iodée des produits de leur sol (Mac CLENDON). On sait aussi que les extraits thyroïdiens secs employés en thérapeutique doivent contenir 0 gr., 20 % d'iode organique.

On voit ainsi qu'il existe en Tunisie un aliment à grand rendement d'iode (1) qui peut être conseillé non seulement comme agent de prophylaxie du goître mais aussi comme aliment-médicament toutes les fois que la prescription iodée paraîtra désirable : scrofule, athérosclérose, hypertension, obésité, etc...

C'est, par ailleurs, un aliment qui a une certaine valeur nutritive : dans les tables publiées par SHERMAN, Mc LESTER, STERNE et d'autres, nous pouvons relever, en effet, pour l'Okra américain (si voisin du nôtre) les caractéristiques suivantes :

Pour 100 gr. de substance :		
Eau	89,8 %	(2)
Protides	1,8 %	
Lipides	0,2 %	
Glucides	7,4 %	

Ca	82 mmgr.	pour 100 gr.
P	62 —	» » »
Fe	0, — 7	» » »
Cu	0, — 12	» » »
Na	1 —	» » »
K	220	» » »
S	14	» » »

(1) Il dépasse celui de l'huile de foie de morue même qui ne correspond qu'à 0, mmgr. 800 pour 100 gr.

(2) Dans le produit communément vendu au marché de Tunis, nous avons trouvé en moyenne 84,78 % d'eau.

Vit. A	750 U.I.	»	»	» (3)
Vit. B_1	0, mmgr. 12	»	»	»
Vit. B_2	0, — 10	»	»	»
Vit. PP.	0, — 70	»	»	»
Vit. C.	30 —	»	»	» (4)

On notera avec intérêt que le rapport Ca/P est de 1,32, supérieur à l'unité et que le rapport K/Na est très élevé (à 220).

La valeur calorique est de 39 calories environ pour 100 gr.

(*Laboratoire de Physiologie et d'Hydro-Climatologie de l'Institut des Hautes Etudes de Tunis*).

---

(3) En 1933, AXTMAYER et COOK n'avaient décélé que 600 U.I. pour 100 gr. de substance fraîche et le produit desséché ne comportait plus que 300 U.I. par 100 gr. selon FRAPS et TEICHLER.

(4) AHMAD, en 1935, ne trouvait que 17 mmgr. pour 100 gr. de matière fraîche. Il sied de rappeler que le gombo se mange cuit et que, dans ces conditions, même si la cuisson est effectuée « à l'étouffée », il perd la plus grande partie de sa vitamine C. Cependant, un essai sur le gombo tunisien desséché à l'étuve à 100°, nous a montré qu'il persistait encore un certain taux d'acide ascorbique appréciable, taux qui, rapporté à 10 gr. du produit frais, représentait encore 6 à 7 mmgr.

Foie - Fer - Cobalt

TOT' HÉMA

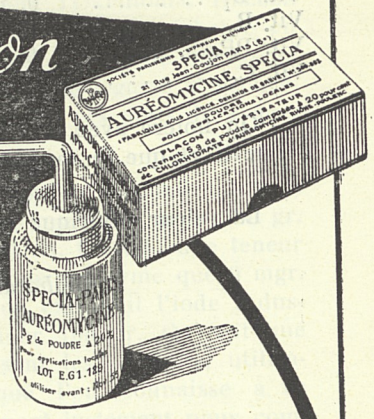
8 gammas
Vitamine B12

Une à deux ampoules buvables par jour

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

Nouvelle présentation

POUDRE POUR APPLICATIONS LOCALES



AURÉOMYCINE SPECIA

flacons pulvérisateurs

EN MATIÈRE PLASTIQUE CONTENANT
5g DE POUDRE COMPOSÉE A 20%
DE CHLORHYDRATE D'AURÉOMYCINE
RHÔNE-POULENC

TRAITEMENT LOCAL des infections

en **DERMATOLOGIE**
CHIRURGIE
GYNÉCOLOGIE
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
STOMATOLOGIE

PLAIES RÉCENTES - PLAIES SEPTIQUES
Une ou deux applications par jour

REMBOURSABLE AUX ASSURÉS SOCIAUX

ODETTE ZÉAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES
RHÔNE Specia POULENC
PARIS
INFORMATION MÉDICALE
28, COURS ALBERT 1er - TÉL. BAL. 10-70
Boîte postale 53-08 - Paris 8e

Société des Sciences Médicales de Tunisie

—o—

VENDREDI 12 FEVRIER 1954

Communications :

Deux cas de zona otitique complet,

par MM. L. Moatti, I. Bigiaoui et Regal.

Crise d'Asthme gravissime jugulée par une injection intra-veineuse lente de chlorhydrate de morphine,

par MM. André Corcos et Sta-M'Rad.

Porphyrie aiguë — forme bulbaire, évolution mortelle,

par MM. Benmussa, H. Cohen, Yvan Boulakia et Ch. Perez.

Porphyrie aiguë — forme bulbaire évolution mortelle,

par MM. Benmussa, H. Cohen, Yvan Boulakja, André Zérah et Pantaléo.

Ablation des grosses rates nord-africaines par la voie combinée abdomino-thoracique (centre de chirurgie thoracique de l'Hôpital Sadiki,

par MM. H. Bonan, Roger Ganem et Chelly.

Un cas d'atrésie tricuspidienne congénitale,

par MM. B. Hamza et Joël Nataf.

Considérations sur la nature de la maladie périodique,

par M. I.E. Hayat.

DOCTEUR . . .
à vos **Dyspeptiques,**
vos **Insuffisants pancréatico-biliaires,**
vos **Ulcéreux,**
à tous vos **Malades qui digèrent ou assimilent mal**
PRESCRIVEZ :

PANCREAL
KIRCHNER

Complexe d'extraits pancréatiques dégraissés et purifiés suractivés par des ferments digestifs (diastases)
Contient 100 % d'éléments actifs (ni sucre, ni cacao, ni fécule)
POSOLOGIE : 3 à 4 COMPRIMES APRES LES REPAS
Catégorie B des Assurances Sociales — Echantillon sur demande

Laboratoires du Dr KIRCHNER - 24 bis, Rue de Verdun, STRASBOURG (Bas-Rhin)

TONI-CARDIAQUE
DILATATEUR DES CORONAIRES



ANGINE DE POITRINE
HYPERTENSION ARTÉRIELLE
INSUFFISANCE CARDIAQUE
ASTHME CARDIAQUE
ARTÉRITE DES EXTRÉMITÉS
CŒUR SÉNILE

AUCUNE TOXICITÉ
NI ACCUMULATION

AMPOULES - DRAGÉES

Remboursé par la S. S.

CORTUNON
FREYSSINGE

6, Rue Abel - PARIS

Crise d'asthme gravissime jugulée par une injection intra-veineuse lente de morphine

par MM. André Corcos et Ahmed Sta-M'Rad

Nous n'avons l'intention aujourd'hui de parler d'aucun des problèmes soulevés par la question de l'asthme, nous voulons simplement rapporter un cas de succès thérapeutique spectaculaire, une véritable résurrection, au cours d'un état de mal asthmatique chez une jeune femme de 20 ans.

En effet, le 29 juillet 1953, à 11 heures du matin on nous a amené en urgence une femme de 20 ans, en proie à une très forte crise d'asthme et qui étouffait littéralement. Cette jeune femme au lourd passé asthmatique déjà, puisqu'elle a eu sa première crise à l'âge de 7 ans et qu'elle a fait plusieurs séjours à l'hôpital, a commencé sa crise 48 heures auparavant, mais depuis 12 heures cette crise s'est tellement accentuée qu'elle est devenue un véritable état de mal asthmatique.

Nous avions devant nous une jeune femme assise sur son lit, arc-boutée, la tête renversée en arrière, les muscles cervicaux tendus comme des cordes, les jugulaires turgescentes, la figure violacée, livide, angoissée, les lèvres cyanosées, la bouche ouverte, arrivant à peine à avoir quelques pénibles inspirations superficielles et quelques expirations encore plus forcées, rejetant de temps en temps, au cours de très difficiles secousses de toux une minime expectoration spumeuse, collante, blanchâtre. Les extérimités sont froides, toute la peau est couverte de sueurs. La gêne respiratoire était telle qu'on aurait dit « un poisson qu'on vient de sortir de l'eau ». Bref, on avait nettement l'impression de quelqu'un à la dernière extrémité, d'une mort imminente.

Le pouls était imprenable, les bruits du cœur à peine audibles, par contre le thorax globuleux et immobile avait une sonorité accentée à la percussion et l'auscultation ne décèle que des sibilances; c'était l'image classique du « syndrome de bronchite diffuse avec emphysème aigu ».

Devant la gravité de ce tableau, nous n'hésitons pas à faire immédiatement une injection intraveineuse de 1 ctgr. de morphine, poussée très lentement (70 secondes) et de 1/4 de mgr. d'ouabaïne.

Très rapidement, au bout de une à deux minutes, la crise a commencé à céder, la malade visiblement détendue, mais accusant quelques légers vertiges, commençait à mieux respirer, le pouls devenait perceptible, les bruits du cœur mieux frappés.

Nous faisons alors une saignée de 100 gr. et nous mettons la malade sous la tente à oxygène.

Evolution ultérieure : dans la même journée, la malade reçoit 75 mgr. d'A.C.T.H. Il ne reste plus qu'une légère oppression, la journée se passe calme, mais dans la nuit; une autre crise commence, mais beaucoup moins forte; elle est jugulée par 10 cm3 de novocaïne intra-veineuse.

Le lendemain, 30 juillet, nous lui injectons 100 mgr. d'A.C.T.H., 1 ctgr. de morphine en injection intra-veineuse, 1/4 de mgr. d'ouabaïne intra-veineuse, 500.000 pénicilline, et 0 gr. 50 de streptomycine.

Le 31 juillet, nous faisons le même traitement, mais sans morphine, et nous ajoutons 4 pilules d'inophylline sédative.

Le 1er et le 2 août, la malade reçoit chaque jour : 500.000 u. de pénicilline, 0 gr. 50 de streptomycine, 50 mmgr. d'A.C.T.H. et 4 pilules d'inophylline sédative.

Le 3 août : 25 mmgr. d'A.C.T.H. seulement, et 500.000 u. de pénicilline et 0 gr. 50 de streptomycine.

Elle est tout à fait guérie. La T.A. est à 11-8 au Vaquez, le pouls est à 82, la respiration est normale : 24 à la minute, la toux est rare; il reste quelques sibilants et la malade sort guérie.

En résumé, une jeune femme atteinte d'asthme très ancien entre en état de mal à l'hôpital. L'examen de la malade donnait une impression de grande gravité. C'était de beaucoup la crise d'asthme la plus grave que nous ayons jamais vue; nous avions l'impression d'une mort imminente. Une injection intra-veineuse lente de morphine suivie d'injection d'ouabaïne et de saignée, améliore immédiatement l'état de la malade.

La guérison fut obtenue ensuite par un traitement à l'A.C.T.H. et la théophylline conjointement à l'ouabaïne et aux antibiotiques, ainsi que par la mise sous tente à oxygène.

Ce ce cas, nous pouvons rapprocher un autre récent, particulièrement dramatique lui aussi, état de mal asthmatique à crises cyanotiques effroyables, accompagné d'un pouls misérable arythmique qui a nécessité, en plus de l'oxygène en permanence, de trois saignées fort pénibles, de l'A.C.T.H., des amynophillines diverses, des antibiotiques, des tonicardiaques, cinq injections de morphine en 48 heures, dont une intra-veineuse. Là aussi, la morphine nous a paru la médication héroïque qui, jointe au phénergan injectable, a réalisé une mise en veilleuse de la malade et de la maladie, plus exactement nous avons fait une véritable cure de sommeil. La malade n'a aucun souvenir des trois jours pendant lesquels elle fut nourrie au sérum glucosé sous-cutané et reçut les nombreuses médications sus-nommées.

Elle est actuellement guérie.

En conclusion, si la morphine ne doit pas être un médicament courant de l'asthme, elle ne doit pas non plus être systématiquement proscrite par crainte de ses propriétés broncho-plégiantes. Elle reste un médicament héroïque, irremplaçable dans les crises très graves d'asthme.

INTERVENTION

Le Dr Benmussa critique cette thérapeutique qu'il trouve dangereuse, et qui, d'ailleurs, a été condamnée d'une façon unanime par les spécialistes de tous les pays. Il rappelle que bien des cas de mort, au cours de crises d'asthme sont dus à la morphine. Ce qui s'explique d'ailleurs fort bien, car le bronchospasme n'est pas seul en cause dans l'état de mal asthmatique, mais surtout l'exsudation muqueuse dans les alvéoles. L'action de la morphine, augmente la rétention de l'exsudation et tue par asphyxie. L'action heureuse de la Cortisone et de l'A.C.T.H. n'est-elle pas d'ailleurs expliquée par leur action antiphlogistique et la résorption de l'exsudation à l'intérieur des bronchioles. Il conclut au rejet, d'une façon catégorique, du traitement de l'asthme par la morphine, comme comportant un danger mortel.

Suppositoires anti-infectieux

RECTOSEPTAL *simple*

VOIES RESPIRATOIRES

RECTOSEPTAL *sulfamidé*

RECTOSEPTAL *bismuthé*

ANGINES

DEROL

LABORATOIRES **DEROL** • 66TER RUE ST-DIDIER • PARIS

SPECIMEDHY : 37, Rue d'Isly — Tunis — (Tunisie)
PHARMEDY : 13, Rue J.-J. Rousseau — Alger — (Algérie)
M. PELISSARD : 5, Boulevard de Londres — Casablanca — (Maroc)

Depuis 1885 au service de la Médecine, les

Laboratoires Byla

vous rappellent

VITADONE FORTE

Vitamine A | **Vitamine D2**

BYLA

VITAMINOL

extraits opothérapiques - le Tryptophane
les complexes Vitaminique B, métallique
Fe-Cu-Mn-Co

A. C. T. H.

Adréno - cortico - trophique hormone

◆

Laboratoires BYLA

20, Rue des Fossés Saint-Jacques - PARIS

Porphyrie aiguë à forme intermittente

par MM. Benmussa, H. Cohen, Yvan Boulakia et Charles Perez

—o—

Les porphyries sont des maladies rares en France. Elles sont exceptionnelles en Afrique du Nord. L'observation que nous vous présentons est la première publiée en Tunisie.

Il s'agit de malades atteints d'un triple syndrome survenant par poussées : cutané, abdominal et nerveux et qui présentent des urines rouges caractéristiques, devenant noirâtres à la lumière et renfermant de l'uroporphyrine III.

Ce tableau clinique et chimique correspond à la forme très à l'ordre du jour et bien individualisée par Waldenstrom, et appelée par Watson, la porphyrie aiguë intermittente. Une étude d'ensemble anatomo-clinique a fait le sujet de la thèse de Lapresle, élève de Garcin et d'un rapport de Garcin au Congrès de Médecine Interne de Paris en 1950.

L'observation que nous rapportons et qui vient après plusieurs communications à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris sur le même sujet nous semble intéressante par le fait que, quoiqu'entrant dans le cadre maintenant bien individualisé de la porphyrie à symptomatologie abdominale et nerveuse, elle ajoute au tableau clinique une atteinte hépatique et endocrinienne qui n'est certes qu'ébauchée, mais qui mérite d'être rapportée.

Madame R..., 47 ans, sans profession, entre dans le service, le 26 juillet 1951 pour « Ictère » ayant débuté un mois auparavant et pour paralysie progressive des membres ayant précédé d'un mois l'apparition de l'ictère mais ayant suivi des crises de douleurs abdominales intenses.

Son passé pathologique est chargé. En effet, en dehors des maladies de l'enfance elle a présenté :

— La variole à l'âge de 10 ans;
— Une dysenterie cholériforme à 20 ans;
— Des crises fréquentes d'urticaire;
— Un fibromyome pour lequel elle a subi une myomectomie en 1947;
— Une sciatique ayant duré deux mois en 1949;
— Enfin, la même année, elle eut une paralysie douloureuse, assez analogue à celle qu'elle a présenté actuellement mais qui a regressé spontanément ou sous l'influence de l'électrothérapie qui fut instituée.

Par la suite, pendant près de deux ans, il n'existera plus aucun phénomène paralytique apparent et cette dame menait une vie absolument normale, grimpant et descendant plusieurs fois par jour ses quatre étages sans la moindre difficulté.

Mais en 1951, le tableau va changer, progressivement, certes, mais avec une certaine rapidité. Tout d'abord, les douleurs abdonimales par crises intenses quotidiennes ouvrent la scène pendant 2 mois, puis ce fut de la fatigue en montant ses étages, puis des fourmillements au niveau des membres inférieurs, puis des crampes très douloureuses des mollets.

La marche devient ensuite difficile en terrain plat. Elle doit soulever ses genoux car ses pieds sont « tombant ». Il s'agit indiscutablement d'un steppage bilatéral.

Pendant que se constituait en quelques semaines ce tableau aboutissant à une paralysie douloureuse des deux membres inférieurs, les membres supérieurs et le cou commençaient à être atteints. Apparaissent alors des douleurs cervico-scapulo-brachiales avec fourmillements puis une diminution des mouvements et bientôt une impotence prédominant aux poignets et aux doigts des deux mains.

Un mois après l'installation des paralysies apparaît un ictère précédé durant quelques jours de nausées et de vomissements bilieux.

Telle est l'histoire de cette malade de 47 ans, lorsqu'elle entre dans le service le 26 juillet 1951.

Examen de la malade.

On est en présence d'une malade très fatiguée paraissant plus de 60 ans, apyrétique.

L'ictère est modéré, plus marqué au niveau des conjonctives.

Ce qui frappe tout d'abord c'est une *mélanodermie* par larges plages, prédominant surtout au visage, au cou et sur les quatre membres respectant le tronc et en particulier les mamelons. Elle intéresse, la muqueuse jugale sous forme de bandes brunâtres striant la face interne de la joue droite.

Il existe un *hirsutisme* très net sur lequel nous aurons à revenir. Le faciès est peu expressif, la parole lente. La malade est immobile car elle souffre intensément, ce qui rendra très pénible l'examen neurologique.

Le syndrome neurologique.

Motilité. — Nous obtenons avec difficulté qu'elle se mette debout, aidée de deux personnes. Deux ou trois pas sont faits qui mettent en évidence un steppage considérable. Elle ne peut se maintenir un seul instant debout sans aide.

— Aux membres inférieurs, les réflexes ostéotendieux sont abolis, le réflexe cutané plantaire se fait en flexion.

Estomac douloureux



Antrényl
CIBA

Sédatif spasmolytique
3 ou 4 comprimés par jour
1/2 à 1 ampoule

818

CIBA

57, QUAI D'ORSAY - PARIS • 111, Bd. VIVIER-MERLE - LYON

Traitement expulsif de la lithiase urétérale

NOKHEL

AMPOULES — COMPRIMES — SUPPOSITOIRES

Premier dérivé hydrosoluble de la khelline

Six fois moins toxique que la khelline — Indolore en injections i/m ou s/c

Posologie particulière à la lithiase urétérale : Une ampoule en i/v et Trois ampoules en i/m, par j. pendant 4 à 5 j.

Autres indications : Angor - Asthme - Coqueluche

Laboratoires HOUDÉ - 9, rue Dieu - PARIS Xe

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

Par la suite, pendant près de deux ans, il n'existera plus aucun phénomène paralytique apparent et cette dame menait une vie absolument normale, grimpant et descendant plusieurs fois par jour ses quatre étages sans la moindre difficulté.

Mais en 1951, le tableau va changer, progressivement, certes, mais avec une certaine rapidité. Tout d'abord, les douleurs abdonimales par crises intenses quotidiennes ouvrent la scène pendant 2 mois, puis ce fut de la fatigue en montant ses étages, puis des fourmillements au niveau des membres inférieurs, puis des crampes très douloureuses des mollets.

La marche devient ensuite difficile en terrain plat. Elle doit soulever ses genoux car ses pieds sont « tombant ». Il s'agit indiscutablement d'un steppage bilatéral.

Pendant que se constituait en quelques semaines ce tableau aboutissant à une paralysie douloureuse des deux membres inférieurs, les membres supérieurs et le cou commençaient à être atteints. Apparaissent alors des douleurs cervico-scapulo-brachiales avec fourmillements puis une diminution des mouvements et bientôt une impotence prédominant aux poignets et aux doigts des deux mains.

Un mois après l'installation des paralysies apparaît un ictère précédé durant quelques jours de nausées et de vomissements bilieux.

Telle est l'histoire de cette malade de 47 ans, lorsqu'elle entre dans le service le 26 juillet 1951.

Examen de la malade.

On est en présence d'une malade très fatiguée paraissant plus de 60 ans, apyrétique.

L'ictère est modéré, plus marqué au niveau des conjonctives.

Ce qui frappe tout d'abord c'est une *mélanodermie* par larges plages, prédominant surtout au visage, au cou et sur les quatre membres respectant le tronc et en particulier les mamelons. Elle intéresse, la muqueuse jugale sous forme de bandes brunâtres striant la face interne de la joue droite.

Il existe un *hirsutisme* très net sur lequel nous aurons à revenir. Le faciès est peu expressif, la parole lente. La malade est immobile car elle souffre intensément, ce qui rendra très pénible l'examen neurologique.

Le syndrome neurologique.

Motilité. — Nous obtenons avec difficulté qu'elle se mette debout, aidée de deux personnes. Deux ou trois pas sont faits qui mettent en évidence un steppage considérable. Elle ne peut se maintenir un seul instant debout sans aide.

— Aux membres inférieurs, les réflexes ostéotendieux sont abolis, le réflexe cutané plantaire se fait en flexion.

Estomac douloureux



Antrényl
CIBA

Sédatif spasmolytique
3 ou 4 comprimés par jour
1/2 à 1 ampoule

818

CIBA

57, QUAI D'ORSAY - PARIS • 111, Bd. VIVIER-MERLE - LYON

Traitement expulsif de la lithiase urétérale

NOKHEL

AMPOULES — COMPRIMES — SUPPOSITOIRES

Premier dérivé hydrosoluble de la khelline

Six fois moins toxique que la khelline — Indolore en injections i/m ou s/c

Posologie particulière à la lithiase urétérale { Une ampoule en i/v et Trois ampoules en i/m } par j. pendant 4 à 5 j.

Autres indications : Angor - Asthme - Coqueluche

Laboratoires HOUDÉ - 9, rue Dieu - PARIS Xe

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

La force musculaire segmentaire est très difficile à rechercher en raison de la douleur. Elle est abolie au niveau des extenseurs, très diminuée au niveau des raccourcisseurs.

L'hypotonie et l'amyotrophie sont très importantes, surtout à la loge antéro-externe des deux jambes.

— Aux membres supérieurs les réflexes ostéo tendineux sont également abolis et la force musculaire est diminuée dans son ensemble. Il existe une paralysie radiale bilatérale totale, intéressant le long supinateur.

L'hypotonie et l'amyotrophie sont également considérables.

Sensibilité. Du point de vue sensitif, en dehors des troubles subjectifs déjà décrits, et où la note dominante est constituée par d'atroces douleurs à type de morsures ou de crampes permanentes au niveau des masses musculaires. On ne relève, à l'examen objectif qu'une hyperesthésie plantaire notable et une très forte douleur à la pression des mollets.

Enfin les paires crâniennes et les muscles du tronc sont indemnes.

L'examen du F.O. ne révèle rien d'anormal.

Le *L.C.R.* est limpide, et contient 2,4 éléments (lymphocytes) et 0, gr. 36 d'albumine.

A l'examen *électrique* neuro-musculaire, il existe :

Au niveau des membres supérieurs une réaction de dégénérescence totale des nerfs et des muscles fléchisseurs et un R.D. partielle des extenseurs.

Et au niveau des membres inférieurs c'est une R.D. totale des extenseurs et partielle des fléchisseurs.

Enfin sont notées des fibrillations musculaires.

Le syndrome psychique.

En ce qui concerne le psychisme, cette femme, on l'a vu, a un faciès peu expressif, presque figé. Elle semble indifférente à l'examen, sauf si on lui fait mal. Il nous faut répéter plusieurs fois nos questions pour qu'elle les comprenne. Elle y répond souvent d'une façon assez confuse, d'une voix scandée, la bouche serrée économe du moindre effort. Elle est souvent déprimée. Elle a les larmes faciles. Par moments au contraire, elle est volubile et devient anxieuse de son état ou témoigne d'un optimisme inattendu.

Le syndrome abdominal.

Il était au premier plan de la symptomatologie fonctionnelle et le premier dans l'ordre chronologique. Mais les douleurs abdominales avaient disparu dès l'installation des signes neurologiques.

tonique général biologique
sans excitants artificiels

Ampoules Buvables de 10 cc





Boîtes de 8 ampoules
Coffrets de 24 ampoules

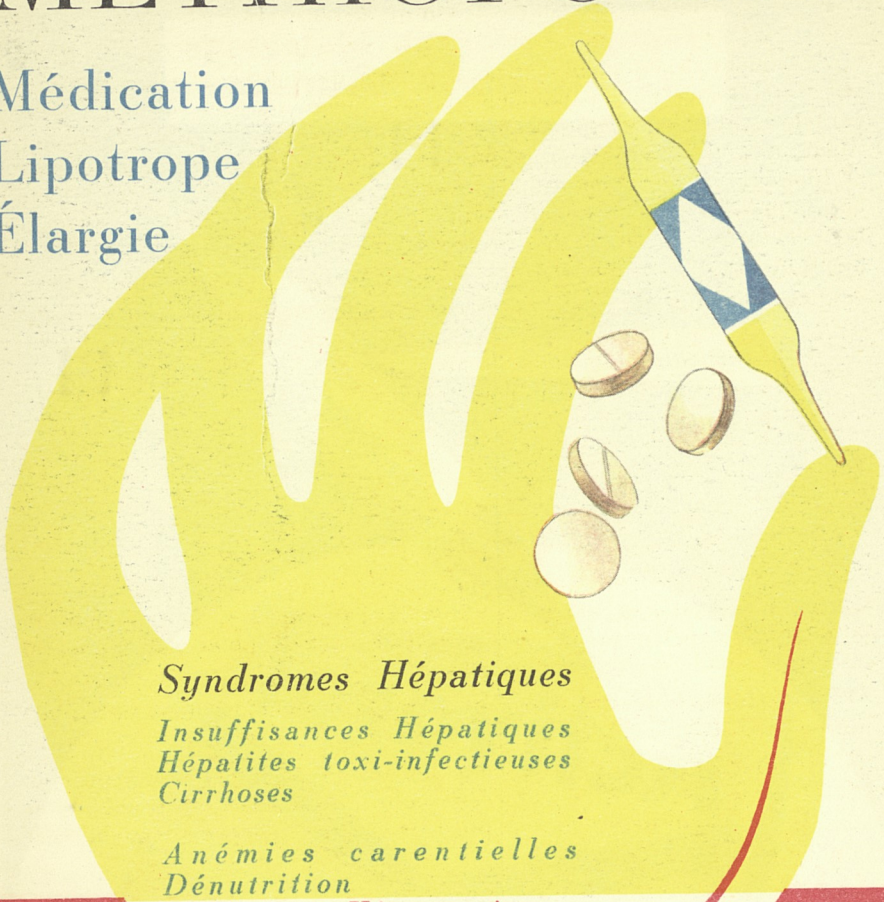
Remboursé par la Sécurité Sociale

ÉTATS DE DÉPRESSION
PHYSIQUE, INTELLECTUELLE
OU PSYCHIQUE
TRAVAIL INTELLECTUEL
ANÉMIES SECONDAIRES
CONVALESCENCES

LABORATOIRE DE L'HÉPATROL
4, Rue Platon — Paris XVe

MÉTHIOFOLINE

Médication Lipotrope Élargie



Syndromes Hépatiques

Insuffisances Hépatiques
Hépatites toxi-infectieuses
Cirrhoses

Anémies carentielles
Dénutrition
Syndromes Hémorragipares

Hémorragies médicales et chirurgicales
Débilité des prématurés et des nourrissons

tubes de 20 comprimés

Boites de 8 Ampoules de 5 cc pour injections I. M.

REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

LABORATOIRE DE L'HÉPATROL
4, Rue Platon Paris XVe

C'étaient des douleurs atroces, à type de coliques, répétées, diffuses, intéressant tout l'abdomen, jamais pelviennes et n'ayant ni le caractère ni la localisation des coliques hépatiques et néphrétiques. Ajoutons pour être plus complet qu'au point de vue *cardiovasculaire* et *sympathique,* le cœur est bien frappé, le pouls à 95, la T.A. à 15.10 au Vaquez. Les membres inférieurs sont froids et cyanosés, il existe une érythrose de déclivité très nette avec signe de la chaussette en position assise. Les oscillations sont cependant normales au Pachon.

Au point de vue *général :* l'Urée est à 0,50 gr. l'hémogramme montre :

4.154.000 GR. avec 80 % d'hémoglobine, 8.680 G. Blancs avec :
60 % de polynucléaires neutrophiles.
8 % d'éosinophiles.
12 % de Monocytes.
20 % de Lymphocytes.
Il n'y a pas d'éléments anormaux.

La résistance globulaire des hématies est normale.

Ainsi donc notre malade a présenté 4 syndromes principaux nettement évocateurs, et que nous avons mis au premier plan du tableau clinique : la mélanodermie, les paralysies, les troubles psychiques et les crises douloureuses abdominales.

La signature du diagnostic de porphyrie aiguë va nous être fournie par l'*examen des urines.*

Et pourtant les urines de cette malade ne semblent pas à première vue anormales. Leur couleur est jaune citron. Mais après les avoir laissées de parti pris déposer plusieurs heures elles deviennent rose saumon puis rouge bordeaux.

La caractérisation de la coproporphyrine III (selon la technique de HARLAY et MALANGEAU) s'est révélée positive d'une façon massive.

D'autre part, la réaction du porphobilinogène (technique de WATSON et SCHWALTZ) était très fortement positive. (1)

Ceci affirme sans discussion le diagnostic.

Dans un deuxième examen, fait trop tard nous avons essayé de distinguer les différentes porphyries contenues dans les urines de la malade et tenté d'aboutir à la cristallisation de l'uroporphyrine III. Nous vous en aurions alors montré des microphotographies. Malheureusement, soit parce que la crise tendait vers sa terminaison, soit surtout sous l'effet d'un traitement intense à la vitamine P.P., l'élimination des porphyries s'amenuisa peu à peu jusqu'à rendre impossible toute recherche à des examens plusieurs fois répétés, en même temps que les urines perdaient progressivement leur coloration spécia-

(1) On trouvera à la fin de cette publication quelques notes sur la structure chimique des porphyrines.

le rouge saumon. Ceci malgré une interruption de 10 jours du traitement.

La malade quitta d'ailleurs le service, guérie biologiquement et cliniquement, de sa crise.

Cette observation d'une maladie extrêmement rare, surtout dans nos régions, appelle quelques commentaires.

Comme dans toute maladie dont l'étiologie est parfaitement inconnue et la pathogénie obscure, une telle observation semble utile à rapporter en raison de certaines particularités qu'elle présente.

Pour le diagnostic de porphyrie aiguë intermittente, nous n'avons pas eu de difficulté : Syndromes cutané, abdominal, neurologique et psychique apparaissant par crises chez une femme dont les urines renferment en quantité *massive* de la coproporphyrine III et du porphobilinogène.

Cela nous permet d'éliminer :

Les porphyrinuries symptomatiques d'autres affections.

La coproporphyrie physiologique et les porphyries aiguës déclenchées par un toxique sur un terrain de porphyrie latente et dont nous rapportons une observation à la suite de celle-ci. Manque chez nous le facteur familial. Porphyrinurie chez les collatéraux qui résident en France.

Mais cette observation présente deux particularités que nous tenons à souligner et qui ont été considérées comme assez inhabituelles dans les porphyries :

— L'association au tableau clinique et biologique déjà décrit d'un syndrome hépatique et d'un syndrome endocrinien.

Le syndrome hépatique.

Garcin signale déjà dans son rapport au Congrès de Médecine interne de 1950 l'atteinte hépatique sous la forme de cytolyse des cellules du foie avec dégénérescence graisseuse, gonflement de cellules de Kupfer et surcharge pigmentaire faite d'hémosidérine et d'hémofuschine.

D'autres auteurs, Caroli en particulier, signalent des porphyries au cours des hépatites.

Chez notre malade nous avons remarqué l'ictère et une légère hépatomégalie non douloureuse.

Nous n'avions pas encore à l'époque la possibilité de faire de ponction biopsie du foie.

Les examens de laboratoire de routine nous ont donné les réponses suivantes :



ANDROTARDYL

POUR L'ANDROGÉNOTHÉRAPIE RETARD

REMBOURSE PAR LA SECURITE SOCIALE

SOCIÉTÉ D'EXPLOITATION DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES SPÉCIALISÉS
SERVICE SCIENTIFIQUE :
89, AVENUE DE LA BOURDONNAIS — PARIS — VIIe
TÉL. INV 74-19

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

Protides totaux : 64 gr. 50 $^{0}/_{00}$

Serine = 49,2 = 3,2

globuline 15,3

Lipides 4,9 gr. $^{0}/_{00}$
Cholestérol total 1 gr. 32
estérifié 1 gr. 08

$$\frac{E}{T} = 81\ \%$$

Réaction de Mac Lagan 26 unités Vernes.

LE SYNDROME ENDOCRINIEN.

Il a préoccupé les auteurs à la recherche d'une pathogénie plus particulièrement les auteurs anglais. Ceux-ci ont pensé à un facteur surrénal dans la pathogénie de la porphyrie.

La mélanodermie, l'hypochlorémie, l'hyponatrémie, l'hyperkaliémie constatées par eux ont fait penser à une insuffisance surrénale

D'autres pensent au contraire qu'il s'agit d'un hyperfonctionnement de cette glande. Chez notre malade on ne peut guère parler d'un ensemble de signes pouvant être rattachés au dysfonctionnement de telle ou telle glande endocrine.

Cependant nous avons observé chez elle trois signes qu'il est utile de souligner :

Une aménorrhée de 5 mois, la mélanodermie et l'hirsutisme.

En ce qui concerne l'*aménorrhée*, il ne faut pas oublier que notre malade a 47 ans mais une ménopause aussi rapide sans autre phénomène fonctionnel associé semble douteuse à incriminer exclusivement.

Nous avons déjà décrit la *mélanodermie* particulière respectant les mamelons, et différente de celle d'une maladie d'ADDISON.

Cette pigmentation peut être due à la présence de l'isomère 1 qui entraîne les troubles cutanés de photosensibilisation.

Quant à *l'hirsutisme*, il donne à notre malade un aspect viril, chevelure abondante, sourcils très fournis se rejoignant au-dessus de la racine du nez. Sur chaque pommette une touffe de poils. La lèvre supérieure, le menton sont abondamment garnis de poils de même que les membres. Par contre les poils pubiens ont une topographie féminine en forme de triangle à base supérieure horizontale.

Si l'on en croit la malade, la mélanodermie et l'hirsutisme seraient apparus progressivement depuis sa maladie.

Devant cette ébauche d'un syndrome endocrinien qui pourrait être attribué à un dysfonctionnement surréno-ovarien nous avons pratiqué différents examens de laboratoire.

La chlorémie plasmatique est à 3 gr., 47 $^{0}/_{00}$

Le chlore globulaire à 2 gr. $^{0}/_{00}$ soit au total le chiffre sensiblement normal de 5 gr., 47 par litre.

La glycémie est normale à 0 gr. 97.

Nous avons dosé les 17 Ceto stéroïdes urinaires : 5 mgr. 8 sont éliminés par 24 heures, ce qui constitue un chiffre presque normal chez la femme.

Ces résultats, associés à un test de Thorn à l'A.C.T.H. montrant 900 éosinophiles avant injection et 56 après l'injection de corticotrophine éliminent l'hypothèse d'une insuffisance surrénalienne malgré la mélanodermie (différente, nous l'avons vu, de celle d'une maladie d'Addison) ou d'un hyperfonctionnement surrénalien malgré l'hirsutisme.

Enfin du point de vue ovarien, le chiffre du prégnandiol urinaire s'est révélé sensiblement normal (6 mgr. par 24 heures).

En résumé, notre observation entre dans le cadre de celles publiées aussi bien par les auteurs suédois comme Waldenstrom que par Raymond Garcin et d'autres auteurs en France.

Il s'agit bien d'une porphyrie aiguë intermittente avec des symptômes neurologiques, psychiques, cutanés et abdominaux sur un fond hépato-endocrinien.

STRUCTURE CHIMIQUE DES PORPHYRINES

Pour mieux comprendre le processus des porphyrinuries, il est nécessaire de rappeler le schéma d'obtention des uro et copro porphyrines :

Solution d'Hémoglobine
(traitée par de l'acétone chlorhydrique)

↓ ↓

Solution d'Hématine d'addition d'acide dilué — Précipitation de la globine

↓

Porphine (corps à 4 noyaux pyrrol)

↓

Porphyrines

(après substitution d'un atome hydrogène par une chaine carbonnée)

Les Etioporphyrines sont des tetra méthyl-*éthyl* porphyrines

Il en existe 4 isomères : I, II, III et IV.

CORTINE NATURELLE

AMPOULES
"20 g. et 125 g."
DRAGÉES
SUPPOSITOIRES

LABORATOIRES LAROCHE-NAVARRON

63 RUE CHAPTAL
LEVALLOIS - SEINE - PER. 61-35

GRIPPE

THERMALGINE VITAMINÉE C

12 cgr. de Vitamine C.
15 cgr. de quinine
} par comprimé dragéifié

Un ou deux comprimés 3 à 4 fois par jour.

LABORATOIRES NEOTHERA, 83, Rue St-Charles — Paris XVe

L'Etioporphyrine I

↓ ↓

Uroporphyrine I
par substitution des rad. ethyl par le rad. maloniques

Coproporphyrine I
par substitution des rad. ethyl par 4 rad. propanoïques

Il est impossible de passer d'une porphyrine I à celle du type III.

Les dérivés du type III apparaissent à la suite des troubles de l'anabolisme ou du catabolisme des pigments sanguins.

Les porphyrines I seraient une persistance des fonctions fœtales.

CARACTERISATION DU PORPHOBILINOGENE

Coloration rouge de l'urine sous certaines conditions du ph avec le réactif d'EHRICH.

TECHNIQUE DE LA RECHERCHE DE LA COPROPORPHYRINE URINAIRE

Méthode de HARLAY et MORLAN Jean

Principe : Epuisement de l'urine par l'éther acétique et caractérisation du pigment extrait par la fluorescence rouge orangé que possède sa solution chlorhydrique à la lumière ultra-violette.

Remarques : 1° Malgré l'absence de coprophorphyrine, il est possible de trouver de l'uroporphyrine donnant la même fluorescence rouge, mais qui n'est pas soluble dans l'éther acétique;

2° L'examen spectral des urines doit donner 4 bandes s'étalant de 592 à 418 mais les porphyrines peuvent s'éliminer sous complexes zinciques ou cuivriques ne donnant que 2 bandes. L'acidification des urines évite cette cause d'erreur;

3° Les cristallisations des esters méthyliques à partir de grands volumes urinaires (2 à 8 litres) permet l'identification des isomères en présence.

Théophylline-p-aminobenzoate de pipérazine

ANTALBY
BAILLY

ET SES ASSOCIATIONS

ANTALBY PHÉNOBARBITAL
SÉDATIF

ANTALBY OUABAÏNE
CARDIOTONIQUE

Dyspnées
broncho-pulmonaires ou cardio-vasculaires

Posologie	Suppositoires A	Suppositoires E.	Comprimés	Ampoules
ANTALBY	1 à 4 par jour	1 à 4 par jour	3 à 8 par jour au cours des repas	1 à 2 par jour en I. V. ou aérosol
ANTALBY-PHÉNOBARBITAL	1 à 3 par jour	1 à 4 par jour	3 à 8 par jour au cours des repas	
ANTALBY-OUABAÏNE	1 à 3 par jour			

LABORATOIRES A. BAILLY
SPEAB 19 RUE DU ROCHER PARIS 8e

Agents dépositaires pour la TUNISIE :
MM. VALENZA & Cie 36, Rue Thiers TUNIS

PURSENNIDE

Sennosides A et B,
principe actif cristallisé initial
du cassia angustifolia

Traitement de la Constipation par Atonie

Laboratoires SANDOZ

6, Rue de Penthièvre - PARIS 8ème

DEPOSITAIRE GENERAL :

M. JARMON — 10, Rue d'Espagne - TUNIS

Porphyrie aiguë à évolution mortelle

par MM. Benmussa, Henri Cohen, Yvan Boulakia, André Zérah et Pantaléo

—o—

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment, un cas de porphyrie aiguë à évolution rapidement mortelle, ayant débuté par des accidents mentaux, suivis par des paroxismes abdominaux et se terminant par une quadriplégie progressive et la mort subite dans un syndrome d'accidents bulbaires.

Notre observation nous a paru intéressante à publier d'une part, à cause de sa rareté, c'est la première observation publiée en Afrique du Nord à notre connaissance, et d'autre part, à cause du prob'ème diagnostic qu'elle peut poser au médecin.

Il s'agit d'une femme de 35 ans, ayant 4 enfants, qui entre dans le service pour des crises abdominales douloureuses aiguës ayant débuté 5 jours auparavant. La première crise aurait débuté dans l'après-midi, quelques heures après le repas, par des douleurs extrêmement violentes périombélicales irradiant en ceinture et avec une sensation particulière d'écrasement des organes abdominaux. Parfois ces douleurs ont une irradiation basse crurale, parfois elles irradient vers l'anus. Ces crises évoluent par paroxismes, sur un fond permanent douloureux, elles sont relativement brèves, ne durant que quelques minutes, mais se renouvelant fréquemment à des intervalles irréguliers. Elles arrachent des cris à la malade que rien n'arrive à soulager.

L'histoire de la malade est la suivante :

Elle a commencé par des troubles psychiques, suffisamment sévères pour avoir nécessité la consultation d'un psychiatre. Ce fut d'abord de l'instabilité, sur un fond d'état anxieux. Progressivement l'état mental s'aggrave. La malade est agitée insomnique, par moment c'est un état confusionnel avec désorientation et hallucinations, pendant quelques jours elle a présenté un délire de persécution, et d'accusations. C'est au cours de cet état mental que se déclenche le syndrome abdominal, pour lequel l'un de nous l'hospitalise dans le service.

A l'examen : Il s'agit d'une femme à l'aspect floride, sans température au faciès inquiet, tourmenté, et par les troubles mentaux et surtout par les douleurs d'une violence extrême de tout l'abdomen, et que rien ne calme. La palpation ne montre rien de particulier. Le ventre est souple dans son ensemble, Aucun point douloureux particulier permettant une localisation quelconque. de la douleur, que la morphine elle-même est incapable d'atténuer. Par ailleurs l'examen de la malade est parfaitement négatif.

De temps à autre, la malade demande à uriner et c'est l'émission d'une urine rouge, de la teinte du vin de Bourgogne et dont l'analyse

faite par André ZÉRAH, nous donne le diagnostic. En voici le compte-rendu :

Les urines examinées présentent une coloration rouge vineux.

1° En lumière de WOOD, et sans traitement préalable, l'urine présente une fluorescence rouge vermillon intense;

2° Examinée au spectoscope, l'urine présente un spectre à 2 bandes caractéristiques du complexe métallo-porphyrique;

3° Le sérum sanguin présente le même phénomène de fluorescence que l'urine;

4° La recherche du porphobilinogène dans les urines par la technique de WATSON et SCHWARTZ est positive. L'urine additionnée du réactif aldehydique d'Erlich donne une coloration rouge insoluble dans les chloroformes, le taux trouvé est de 8,2 unités par cc;

5° La coproporphyrine a été extraite des urines par la technique de FISHER modifiée par HARLAY et MALANGEAU;

6° Il ne nous a pas été malheureusement possible d'effectuer un dosage des porphyrines, non plus qu'un isolement à l'état pur cristallisé, en raison d'une part, des difficultés techniques, d'autre part, du décès précoce de la malade.

Cependant, la présence en masse de porphobiliogène, chromogène précurseur de l'uroporphyrine III, et pigment spécifique n'existant dans aucune porphyrinurie, ni d'ailleurs dans aucune autre maladie, suffit a affirmer le diagnostic biologique de la porphyrie aiguë.

Le diagnostic une fois établi, nous administrons à la malade de la vitamine PP, seul traitement indiqué, nous ajoutons à titre d'essai de la vitamine B12 à haute dose, tout en essayant de calmer en évitant les barbituriques absolument interdits dans ces cas.

Les résultats sont nuls. Pendant 4 jours, la malade continue à souffrir. L'état général décline rapidement. Mais bientôt, les paroxismes abdominaux diminuent d'intensité et de fréquence, disparaissent et et c'est alors que s'installent progressivement les paralysies.

On constate tout d'abord, une paralysie radiale droite, puis successivement l'impotence atteint les deux membres inférieurs, puis le membre supérieur gauche.

Il s'agit de paralysies du type périphérique, flasque, avec abolition de tous les réflexes tendineux. Pas de troubles de la sensibilité objective mais subjectives, la malade souffre spontanément de tous ses membres. Il n'y a pas de signe de Babinski.

La P.L. donne les résultats suivants : liquide limpide renfermant : 0,8 lymphocytes par mm^3; 0,38 d'albumine et 1,20 de glucose, le BW est négatif.

Presque simultanément avec une quadriplégie apparaissent des troubles de la respiration, c'est une dyspnée irrégulière que n'explique

Une nouveauté en thérapeutique vasculaire !

AXOVEINYL "P"

COMPLEXE PHYTOTHÉRAPIQUE SURACTIVÉ PAR

MARRON D'INDE STABILISÉ (EXTRAIT FLUIDE) TITRANT 0,50 % D'ESCULOSIDE (FACTEUR VITAMINIQUE P) et ION CITRIQUE

★

CORRESPOND A UNE FORMULE JUDICIEUSEMENT ÉTABLIE POUR RÉPONDRE A LA LOI SUR LES POLYVALENCES DES PRINCIPES ACTIFS (A. LUMIÈRE) ET SUR LES PRINCIPES D'AUXOTHERAPIE (M. LOEPER)

★

INDIQUÉ DANS TOUTES LES MALADIES DE LA VEINE ET DU CAPILLAIRE

ET CHAQUE FOIS QU'IL FAUT

RÉGULARISER
la circulation veineuse

TONIFIER
le système vasculaire

DIMINUER
la viscosité sanguine

★

FLACON COMPTE-GOUTTES AVEC PIPETTE DE 30 cc.
TRAITEMENT CURATIF : XX à XL GOUTTES 3 FOIS PAR JOUR

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE

Remboursé par la Sécurité Sociale
VISA 1-552-3-669

LABORATOIRES SEXTA
SOCIÉTÉ EXPANSION THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

20, RUE BRAUHAUBAN
TARBES (Htes-Pyrénées)

AXOVEINYL • ERITOXYL • FIREXOL • SEDOPIAN
GOUTTES ELIXIR PILULES SIROP V.S. 453

Représentants-dépositaires :

TUNISIE : M. Lucien SAADA, Pharmacien - 42, Av. Garros — TUNIS
ALGERIE : Ets Pharmaceutiques DIAZ - 2, Av. du 9e Zouaves — ALGER
MAROC : Ets Pharmaceutiques DIAZ - 104, Bd de Bordeaux - CASABLANCA

pas l'état des poumons, bientôt ce rythme cardiaque se modifie et c'est au milieu du tableau d'atteinte bulbaire que survient la mort.

Cette observation clinique a été complétée par examens de laboratoire qui n'ont pas jeté une lumière particulière sur son étiologie ni sur sa pathogénie.

Hémogramme : G.R. 5.460.000 avec une V.G. 0,93,	
G.B. 9.040 avec 76 % de Poly.	
Urée sanguine	0,50
Chlorure plamatique	2,98
Chlorure globulaire	1,54 Rapport chloré 0,51
Bilirubine totale	0,005
Bilirubine directe	0
Cholestérine	3,17
Glucose	1,24

Mac lagan : 0,9 UML — Kunkel : 54 U.V. — Ducci : 0 — Gros : 2,15cc

Cette observation ne méritait d'être rapportée, qu'à cause uniquement de sa rareté, car en réalité elle ne présente aucune particularité originale, si on la compare aux descriptions de VALDENSTRÖM en Suède et de GARCIN en France. Elle est strictement superposable à l'étude magistrale de GARCIN, et son élève LAPRESLE publiée au congrès de médecine interne de 1950. Tout est, y compris la succession des symptômes; en premier lieu les troubles mentaux, en second les paroxismes abdominaux et enfin les paralysies; se terminant par la mort dans des accidents bulbaires. L'intérêt de cette maladie disions-nous réside dans sa rareté. GARCIN n'en a observé que 5 cas en 20 ans. Il l'a définie de la façon suivante :

« Saisissante illustration de névropathie d'origine endogène dont le substratum est un trouble complexe du métabolisme des pyrols. »

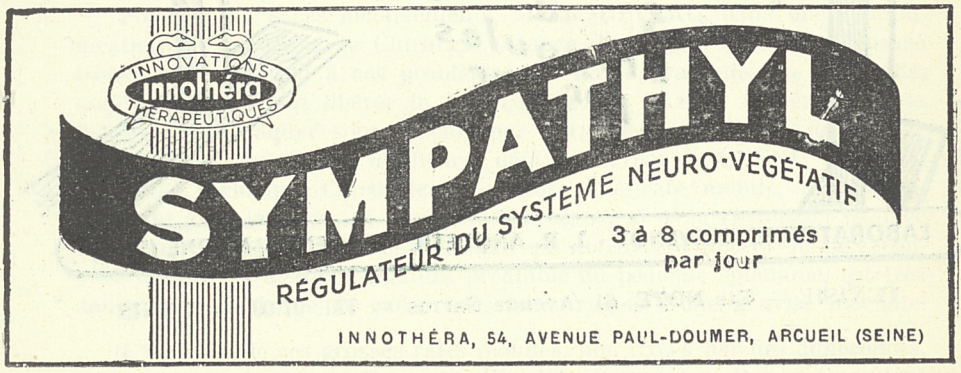
Son étiologie et sa pathogénie sont parfaitement inconnus. Les observations publiées ces dernières années semblent se multiplier, leur intérêt réside surtout dans les examens chimiques des humeurs et dans l'isolement des différentes porphyrines et plus particulièrement la uroporphyrine III sous forme de cristaux. Chez nos malades, ni Charles PEREZ, ni André ZÉRAH ne sont arrivés à isoler ces cristaux. Nous nous sommes contentés de la réaction positive pathognomonique de la maladie, concernant le Porphobilinogène.

Les inconnues dans cette curieuse maladie sont telles que nous nous sommes contentés comme la p'upart des auteurs de publier l'observation en signalant certaines particularités du tableau clinique. Dans celle-ci nous avons noté la présence dans les urines, en dehors de porphyrine, d'une quantité considérable d'acétone. C'est ce point particulier que nous avons tenu à souligner, car nous ne l'avons trouvé signalé nulle part. Par ailleurs les analyses n'ont rien montré de particulier.

Enfin cette maladie est en général une maladie familiale. Il nous a été impossible de faire des recherches dans la famille de la malade, cependant une sœur a fait à notre connaissance des troubles mentaux dont l'origine est à rechercher. En outre ce qu'il y a de particulier dans notre observation, c'est qu'il s'agit d'une première crise, et qu'elle fut d'emblée une forme bulbaire mortelle. L'auteur suédois WALDENSTBON, considère ces cas comme survenant chez des malades atteints de porphyrie latente. Il attribue le déclenchement de la crise mortelle à l'administration intempestive de barbituriques, qu'il est difficile d'ailleurs d'éviter chez ces malades dont les prodromes consistent en troubles psychiques avec agitation. Notre malade n'en a pas reçu, le Dr LAMARCHE, qui l'avait vue avant le déclenchement des crises abdominales, ne lui avait prescrit que du Largactil. Peut-on faire endosser la responsabilité à ce produit ? Nous y avons pensé, lorsque tout récemment un auteur étranger a publié un cas traité et amélioré par le Largactil.

A l'impuissance où nous nous trouvons d'expliquer cette affection, s'ajoute une impuissance complète dans l'action thérapeutique. Le traitement admis comme ayant donné quelques succès est la vit. PP. Les porphyrines urinaires diminueraient sous l'influence de cette thérapeutique. Nous en avons donné des doses importantes à notre malade sans modifier en rien l'évolution. Nous avons essayé la vit. B12 à dose massive, sans aucun résultat. Cette maladie reste donc à l'heure actuelle sans traitement valable.

En conclusion, au point de vue pratique, ce qui importe le plus dans l'observation que nous vous présentons, c'est l'intérêt considérable du diagnostic, d'abord au cours des troubles mentaux, ensuite au cours des paroxismes abdominaux, qui simulent par leur violence et les vomissements les affections d'ordre chirurgical.



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



LABORATOIRES CLÉVENOT · 1, R. ANQUETIL · NOGENT-S/-MARNE (SEINE)

TUNISIE — **Ets NOTE**, 61 Avenue Garros — Tél. 97.090 — TUNIS

Ablation des grosses rates nord-africaines par la voie combinée abdomino thoracique

(Centre de Chirurgie Thoracique de l'Hôpital Sadiki)

par les Drs H. Bonan, R. Ganem et Chelly

—o—

La Splénectomie, intervention simple pour les petites rates mobiles, est par contre une opération compliquée et pleine d'embûches quand il s'agit d'extirper des rates volumineuses, fixées par de nombreuses adhérences au diaphragme et aux organes voisins. L'hémorragie des veines spléniques, très friables et grosses parfois comme le pouce, demeure l'accident majeur de cette intervention qui peut devenir par moment véritablement angoissante. D'autres incidents, moins dramatiques, mais non moins fâcheux, peuvent également surgir au cours de la splénectomie :

— Brèche dans la grosse tubérosité de l'estomac au moment de la ligature des derniers vaisseaux courts;

— La queue du pancréas peut être sectionnée avec les veines spléniques si le pédicule splénique est court;

— Possibilité enfin, de lésions du colon transverse.

Les voies d'abord exclusivement abdominales ne peuvent mettre à l'abri de ces incidents plus ou moins dramatiques. En effet, les incisions classiques, que ce soit celle de GREGOIRE (incision sus-ombilicale sur laquelle se branchait une incision transversale) ou que ce soit celle de COSTANTINI (incision paramédiane gauche prolongée en haut et en dehors en sectionnant le rebord costal) ne permettent pas d'avoir un jour suffisant sur la face externe et le pôle supérieur de la rate, et « la libération des adhérences par la main glissant à plat entre diaphragme et rate est une manœuvre aveugle et qui fait courir des risques d'hémorragies ».

Pour pallier à ces inconvénients, M. DEMIRLEAU, dans une communication à l'Académie de Chirurgie (Séance du 30 juin 1948), avait pensé trouver une solution à ces problèmes : « La laparatomie une fois faite, avait-il écrit, il faut libérer la face convexe de la rate, l'extérioriser, la basculer, et attaquer son pédicule par l'arrière ». Mais cet artifice de technique qui avait été, d'ailleurs, déjà décrit par J. QUENU dans son traité de Technique Chirurgicale, suppose une rate mobile, sans adhérence, ni avec la paroi, ni avec le diaphragme, ni avec l'estomac, ni avec le colon. Par ailleurs, cette technique qui consiste à libérer la face convexe de la rate, avant la ligature préalable du pédicule splénique, est très dangereuse et risque de causer des hémorragies d'une gravité mortelle.

L'ablation de ces grosses rates mobiles, non fixées par des adhérences, ne présente techniquement pas de difficultés. Celles-ci ne tiennent pas tant

au volume de l'organe qu'aux anastomoses veineuses énormes que la rate cherche autour d'elle. Ces adhérences multiples, souvent vasculaires, immobilisent la rate mieux que tous les ligaments. Dans ces cas, l'artifice décrit par QUENU, et M. DEMIRLEAU ensuite, n'est pas pratiquement possible. Il faut reconnaître que rejoignant les conclusions de COSTANTINI, M. DEMIRLEAU avait insisté, pour les rates immobilisées par des adhérences sur la possibilité du décollement que COSTANTINI avait appelé « sous-capsulo adhérentiel ». Par contre, SERGENT et SUIRE, insistaient à la suite de leur maître GREGOIRE sur le grand danger d'hémorragie que pouvait faire courir un tel décollement et préconisaient alors plutôt l'abstention.

A la suite de CARTER, de COLES, et plus récemment encore de PATEL, de SANTY et MARION, Lucien LEGER et Jean SOURDILLE de Paris ont insisté dans un article paru dans le « Journal de Chirurgie » (février 1951) sur les avantages immenses, et sur la sécurité totale qu'offrait la voie combinée abdomino-thoracique pour l'ablation des grosses rates fixées. La thoraco-phréno laparatomie donne, en effet, un jour considérable sur la région de l'hypocondre. La ligature méthodique, anatomique, du pédicule splénique par **voie antérieure** d'une part, l'exposition lumineuse qu'on a d'autre part sur le pôle supérieur et la face convexe de la rate permettent de pratiquer la splénectomie en écartant tout danger d'hémorragie. A aucun moment le chirurgien n'éprouve l'impression de faire courir un risque quelconque à son opéré, car toute l'opération se pratique d'une manière méthodique sous le contrôle permanent de la vue. Cette technique que nous avons adoptée pour le malade dont nous allons vous relater l'observation, transforme une opération difficile et parfois dangereuse en une intervention contrôlée, et ne fait courir aucun risque supplémentaire à l'opéré.

OBSERVATION

Le jeune Hadi Ben Ali, âgé de 12 ans, nous est adressé de l'Hôpital Ernest Conseil par le Dr BONAN, pour une énorme rate paludéenne. Depuis une année apparition d'une tumeur de l'hypocondre gauche qui n'a cessé d'augmenter de volume et s'accompagnant de crises palustres répétées depuis plusieurs années.

A l'examen : l'abdomen est distendu par une rate énorme qui occupe tout l'hypocondre gauche, descend jusqu'au petit bassin et empiète sur la moitié droite de l'abdomen.

Pas d'ascite, pas de gros foie. La splénomégalie constitue l'unique manifestation de cet état morbide.

Les examens suivants ont été pratiqués :

Hémogramme (12-2-53) :

Globules rouges	4.640.000
Globules blancs	4.600
Neutrophiles	64 %
Eosénophiles	5 %
Basophiles	0 %
Monocytes	4 %
Lymphocytes (moyens)	6 %
» (petits)	21 %
Valeur globulaire	0,97
Taux de l'hémoglobine	90 %

Cet hémogramme est très amélioré par rapport au précédent pratiqué le 27 octobre 1953 grâce à un traitement à la Lomidine :

Urée	0,40 %
Cholestérine	1,33
Glucose	0,93
Temps de saignement	3'
Temps de coagulation	5'
Réaction de Bordet Wasserman	négative
Réaction de Brahmachari	positive
Leucoformolgélification	négative

Analyse de frottis de ponction sternale

Résultat : Absence de parasites.

Mitose	1
Promyélocytes	1
Myélocytes neutrophiles	9
» éosinophiles	3
Métamyélocytes	13
Polynucléaire neutrophiles	48
» éosinophiles	2
Monocytes	3
Mononucléaires moyens	13
Lymphocytes	6
Cellules de Türck	1

Normoblastes : 45 % gl. bl.
Mégaloblastes : 0,25 % gl. bl.
Antisocytose. Polychromatophilie.
Quelques mégacaryocytes.

Le malade est opéré le 12-1-54 :

Anesthésie (M. F. BUHAGIAR) : Penthotal — Curare — Proto-oxygène à 50 %; intubation trachéale.

Malade en décubitus latérodorsal droit.

Incision pararectale gauche, de l'extrémité antérieure du 8e espace intercostal jusqu'à l'horizontale passant par l'ombilic.

A l'ouverture du péritoine on se rend compte que la rate est énorme, que son pôle inférieur plonge dans le petit bassin et que son pôle supérieur est accolé au diaphragme et à la grosse tubérosite de l'estomac. Son extirpation semble difficile par la voie uniquement abdominale; on branche sur cette incision une seconde incision dans le 8e espace intercostal jusqu'à la ligne axillaire moyenne. Ouverture de la plèvre. Le poumon est refoulé vers le haut.

Incision du cartilage intercostal et amorce de l'incision diaphragmatique.

Mise en place d'un écarteur de Finochietto.

L'incision du diaphragme est alors poursuivi vers le bord gauche de la colonne vertébrale jusqu'au pôle supérieur de la rate.

Effondrement du ligament gastrosplénique et ligature des vaisseaux courts.

Le pôle supérieur de la rate adhère intimement à la grosse tubérosité.

Sur le bord supérieur du pancréas, dissection du pédicule splénique.

Ligature de l'artère splénique; ensuite de la veine splénique, grosse comme le petit doigt.

Section du pédicule splénique.

Libération très facile et sous le contrôle de la vue des adhérences nombreuses et serrées qui unissent la rate au diaphragme et à la paroi.

Ablation de l'organe.

Du côté thoracique fermeture soigneuse de la paroi en trois plans et mise en place au niveau du 10e espace intercostal d'une sonde de Pezzer décapitée, à frottement.

Du côté abdominal, réfection du ligament gastro-splénique.

Drain et deux mèches dans la région splénique.

Fermeture de la paroi en trois plans au fil de lin

La rate a pesé 1 kg. 800.

On en extrait 500 gr. de sang qui sont réinjectés immédiatement au malade.

Traitement post-opératoire

Les suites furent simples. Une seule transfusion le lendemain de 150 gr.; oxygénothérapie intensive. Aspiration légère par le drain thoracique.

Pénicilline ..... 1.000.000 U.
Strepto ..... 1 gramme
Quinine 0,50

Des radiographies du thorax sont pratiquées tous les matins au lit de l'opéré.

Le 3e jour l'image thoracique est absolument normale; le drainage est supprimé.

Au bout de dix jours le petit malade est complètement guéri.

VALS-REINE

ARTHRITISME — DYSPEPSIE — DIARRHEE INFANTILE
GASTRO-ENTERITES — DIABETE

Cure de boissons dans les Maladies infectieuses
Eau de table remarquable

EXO-THION "Cicatrisations"
G
INOSIMÉSOL-CHOLINE
C "Insuffisances Hépatiques"
INOSIMÉSOL-CHOLINE "EGIC" : Boîte de 6 et 18 ampoules buvables
EXO-THION : Poudre et Pommade
L'ÉQUILIBRE BIOLOGIQUE - COMMENTRY - ALLIER
G I C
Wallace et Draeger

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

COLLOGÈNE D'ARGENT

FURONCULOSE
Abcès du sein
Urétrites banales
COLIBACILLOSE

ADULTES : 8 à 12 comprimés par jour pendant 4 semaines

ENFANTS { à partir de 7 ans : 3 à 6 comprimés par jour
jusqu'à 7 ans : 1 comprimé par jour

—o—

AUCUNE TOXICITE

Laboratoires JEANSON — 4, rue du Marché Saint-Honoré
PARIS (1er) — Tél. : OPÉra 07-80

Sur un cas d'atrésie tricuspidienne congénitale

par les Drs B. HAMZA et Joël NATAF

—o—

Nous vous rapportons aujourd'hui une observation d'atrésie tricuspidienne :

Najat B..., âgée de 5 ans, nous est amenée pour dyspnée et toux apparues dès la naissance. Elle se présente à nous comme une petite fille peu développée, légèrement cyanosée. Cette cyanose localisée aux extrémités et aux lèvres, discrète, s'accentue à l'effort ou quand l'enfant pleure. Elle se complète par un hippocratisme digital très net. L'enfant est dyspnéique et cette dyspnée devient très importante dès le moindre effort. Son développement statural et pondéral est insuffisant pour son âge; de même, on note un retard du développement intellectuel.

Taille : 1 m. 02. Poids : 16 kg. 500.

L'**examen physique** montre :

à la palpation : un frémissement systolique de l'aire précordiale;

à l'auscultation : on trouve un souffle systolique râpeux siégeant à la partie interne du 3e-4e espace intercostal gauche; irradiant surtout vers la base du cou à gauche, peu vers la pointe et l'aisselle, et peu vers la base du cou à droite; on ne trouve pas de souffle continu; les fémorales battent; le foie est augmenté de volume, dur, douloureux.

Au terme de l'examen physique, il s'agit d'**une cardiopathie congénitale cyanogène.**

A l'**examen radiologique** :

de face : gros ventricule gauche; pas de débord droit;

en OAG : le contour antérieur du cœur ne déborde pas en avant de celui de l'aorte, signant une hypoplasie ventriculaire droite;

en OAD : image auriculaire bombant dans l'espace rétro-cardiaque.

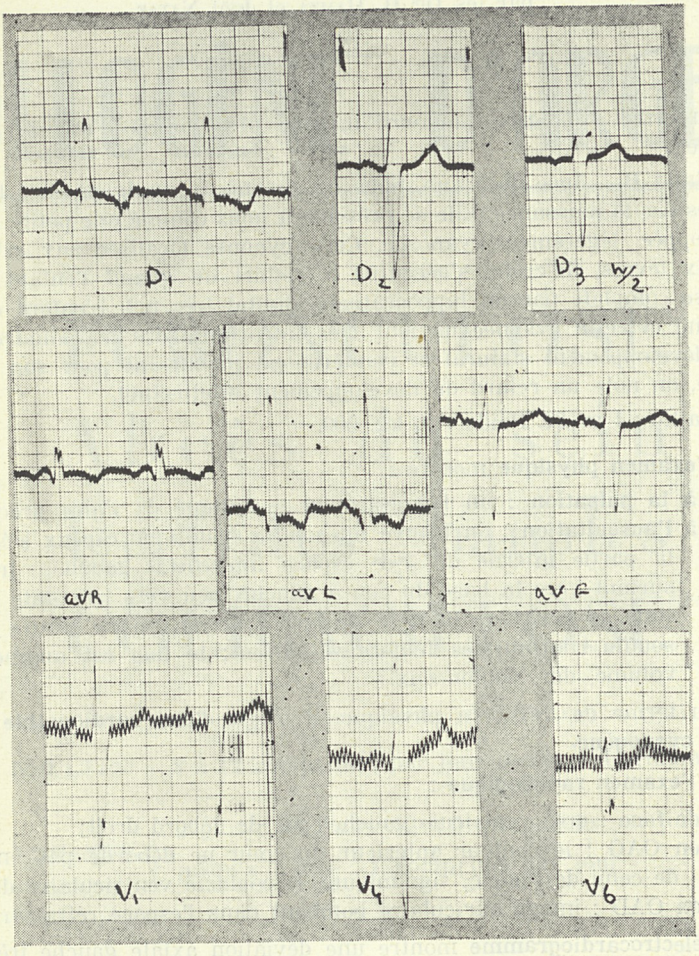
L'**électrocardiogramme** montre une déviation axiale gauche très marquée à —60° et une hypertrophie ventriculaire gauche.

✦ ✦ ✦

Devant l'**association** cyanose - axe électrique dévié à gauche - hypoplasie ventriculaire droite, nous posons le diagnostic d'**atrésie tricuspidienne.**

L'absence de canal artériel et la cyanose discrète nous font penser qu'il s'agit ici d'une forme avec **large communication inter-ventriculaire.**

En effet, du **point de vue anatomique,** nous rappelons que l'atrésie tricuspidienne se caractérise par l'atrésie ou la non-perforation de l'orifice auriculo-ventriculaire droit.



Le sang doit donc passer par une communication inter-auriculaire pour atteindre les cavités gauches.

A partir du ventricule gauche, le sang est distribué, d'une part à la grande circulation par l'aorte; d'autre part à la petite circulation par différentes voies possibles :

communication inter-ventriculaire,
canal artériel perméable,
ou diverses autres malformations associées.

Donc, du **point de vue physiopathologique**, il existe obligatoirement : un **shunt droite-gauche** important, par une communication inter-auriculaire, s'accompagnant toujours de cyanose.

Le ventricule droit est réduit à une cavité parfois virtuelle avec une artère pulmonaire hypoplasique.

Le ventricule gauche qui doit à lui seul assurer le travail des ventricules, subit un développement exagéré.

✦ ✦ ✦

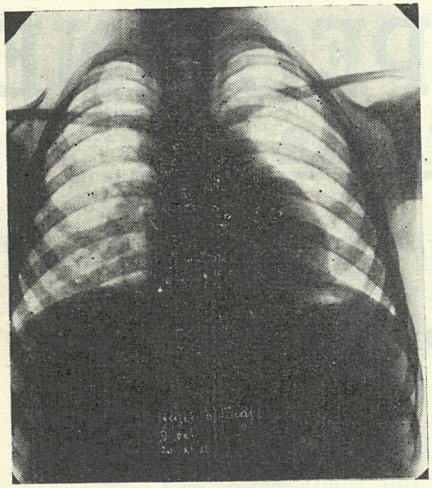
Du **point de vue sanction thérapeutique**, on doit tenter une anastomose du type Blalock-Taussig, s'il existe un déficit de la circulation pulmonaire.

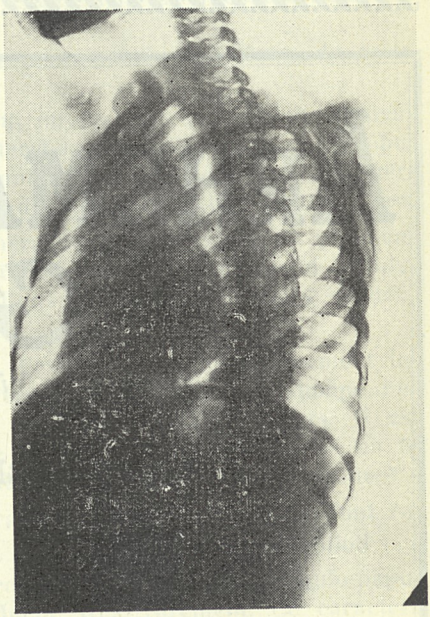
Il faudrait, pour établir ce déficit :
des angiocardiographies,
le dosage des gaz du sang dans les cavités cardiaques.

Malheureusement, nous ne possédons pas ici l'outillage nécessaire.

L'intervention a été pratiquée avec succès dans un certain nombre de cas.

Mais elle paraît comporter plus de risque que pour la Tétralogie de Fallot.





PHOSPHALUGEL

PHOSPHATE D'ALUMINE COLLOIDAL

PANSEMENT DIGESTIF

Laboratoires BIOTHERAX, La Plaine, St Denis (Seine)

ARHEMAPECTINE

GALLIER

Simple ou Vitaminée (Vitamine K)

ANTI-HEMORRAGIQUE

Boîtes de 2 et 4 amp. de 20 cc.

SÉCURITÉ SOCIALE — Collectivités
A. M. G. — Art. 64 — Mutilés

Laboratoire **R. GALLIER**, 1 bis, place du Président Mithouard, Paris 7e

SPECIMEDHY, 37, rue d'Isly — TUNIS

Le Mégalerythème Epidémique ou 5° Maladie de l'Enfant

par Albert SEBAG et André ZERAH

—o—

(SEANCE DU 13-6-52)

—o—

En juin 1952, dans une communication faite à la Société des Sciences Médicales de Tunisie, nous avons signalé l'existence d'une épidémie d'une affection éruptive qui, par ses symptômes et ses caractères bien individualisés, se distingue des autres fièvres éruptives communes de l'enfance.

Ces jours derniers, nous avons eu l'occasion d'observer cinq nouveaux cas de cette affection. Par ailleurs, notre confrère le Dr FABRE, d'Enfidaville, nous a signalé une forte poussée épidémique d'une maladie éruptive dont les caractéristiques permettent d'identifier cette affection avec la 5e maladie.

Dans un dernier numéro de la « Semaine des Hôpitaux » (n° 77, du 20 décembre 1953) M. BOULARD et R. PIERRE de Tours, font à propos d'une épidémie régionale importante survenue pendant l'hiver 1951-1952, une étude détaillée de cette affection, dont les caractères cliniques et évolutifs correspondent exactement à la description que nous avons donnée en juin 1952.

Voici, rapidement résumés, les principaux caractères de cette éruption :

— *l'affection débute brusquement,* on ne note aucun signe d'invasion particulier, aucun catarrhe rhino-pharyngé. Le début peut s'accompagner cependant d'une légère élévation thermique à 38°, 38°, 5, dont la durée n'excède jamais 48 heures.

C'est l'exanthème qui est en général le premier signe. Il commence *à la face,* où il siège toujours autour des lèvres, et s'étend rapidement sur les joues en ailes de papillons; il respecte toujours le menton et le nez.

Pendant 48 heures en moyenne, l'exanthème reste uniquement localisé à la face, puis, tandis que l'éruption de la face s'estompe notablement, il s'étend aux membres supérieurs puis inférieurs. Il est cependant plus marqué à la racine des membres. Enfin, dans un 3e stade, on voit apparaître des éléments sur le thorax et sur le tronc.

Cet exanthème présente des caractères particuliers qui le font reconnaître d'emblée :

— A la face, l'éruption est constituée d'éléments maculo-papuleux rouge foncé qui confluent très rarement. Ce caractère joint à la topographie « en ailes de papillon » donne un aspect érésypélateux très spécial.

— Sur les membres, les caractères de l'exanthème sont nettement différents : il est constitué par des éléments maculeux arrondis, de la grosseur d'une pièce de 50 cm. en moyenne. Ces éléments sont rouges à la périphérie et clairs au centre; ils confluent pour former le dessin d'une carte de géographie ou d'érythème marginé. La chaleur locale est peu augmentée. Il n'y a pas de prurit.

— Sur le tronc et le thorax, l'éruption n'est pas constante mais lorsqu'elle existe, elle est formée de macules disséminés, et peu intenses.

Fait important, cet exanthème résume toute la maladie.

En effet, en dehors d'un léger fébricule, les 2 premiers jours d'ailleurs très inconstant, on ne note *aucun enanthème :*

— Les conjonctives sont normales.

— Les muqueuses buccales et linguales ne présentent aucun signe l'inflammation.

— Il n'y a pas d'adénopathie, en particulier, pas d'adénopathie sous-occipitale, sauf quelquefois, un ou deux *ganglions épitrochléens.*

— *La rate n'a pas augmenté de volume.*

Nous avons pu faire des hémogrammes dans quelques cas :

	J.P.S.	A.S.	J.T.
Hématies	4.474.000	4.980.000	4.050.000
Leucocytes	6.080	8.340	6.300
Polynucléaires neutrophiles	50 %	29 %	46 %
Polynucléaires éosinophiles	4	2	13
Polynucléaires basophiles	0	0	0
Lymphocytes	44	66	35
Monocytes	2	3	6
Eléments anormaux	Néant	Néant	Néant

La formule est donc normale, il n'y a pas de mononucléose ni de plasmocytes comme dans la rubéole.

En dehors du petit Tr. qui présentait en outre une parasitose intestinale confirmée ultérieurement, nous n'avons pas noté la légère éosinophilie rencontrée quelquefois dans cette affection.

L'évolution est absolument bénigne et apyrétique.

L'éruption dure en moyenne 5 à 8 jours.

Il est bon cependant de laisser l'enfant au repos pendant la période éruptive.

La contagiosité de cette maladie est certaine mais peu intense parmi nos malades, nous avons constaté 2 fois la contamination familiale dans ce cas, la durée d'incubation semble avoir été chaque fois de 8 à 10 jours.

Une fois, nous avons pu noter la contamination par un cousin, une autre fois, par une petite voisine.

Nous avons observé le 1er cas de cette affection, le 4 mars 1952, chez une fillette de 8 ans, qui avait eu la rougeole à l'âge de 4 ans, rougeole nettement caractérisée et transmise à sa sœur, la rubéole l'an dernier, que nous avions nous-mêmes constatée.

La sœur aînée, âgée de 10 ans, qui avait eu également la rougeole, puis la rubéole, contracte la 5e maladie 8 jours après.

Depuis cette date, nous avons pu constater et reconnaître cette affection plusieurs fois en particulier :

Le 13 mars 1952 : enfant L. âgé de 11 ans.
Le 26 mars 1952 : enfant J. âgé de 12 ans.
Le 26 mars 1952 : enfant T. âgé de 12 ans.
Le 12 avril 1952 : enfant M. âgé de 2 ans
Le 16 mai 1952 : enfant S. âgé de 6 ans.
Le 22 et 29 mai chez les 2 sœurs S. âgées de 3 et 7 ans.

Chaque fois, l'éruption a présenté absolument les mêmes caractères.

Nous sommes persuadés que l'épidémie a été importante, et que de nombreux cas n'ont pas été signalés en raison de la bénignité de l'affection ou encore de sa confusion :

— Soit surtout avec des rougeoles.

Cependant les différences sont nettes entre ces 2 affections.

La rougeole même bénigne présente toujours :

— Un catarrhe rhino-pharyngé.
— L'exanthème ne présente pas les caractères que nous avons décrits.
— La scarlatine fruste peut-être évoquée, mais l'absence de signes bucco-pharyngés, les caractères de l'exanthème permettent facilement le diagnostic.

La rubéole reste le diagnostic le plus souvent soulevé; là aussi, les différences cliniques et hématologiques sont suffisamment probantes. En effet, dans la rubéole, l'éruption commence également à la face, mais s'étend en quelques heures sur tout le corps, respectant générale-

ment les jambes; dans la 5e maladie, par contre, elle persiste 48 heures à la face où elle présente cette topographie et cet aspect érésypélateux si caractéristique. De plus, l'éruption est plus intense aux membres que sur le tronc où elle est très inconstante et très peu marquée; enfin, dans la rubéole, elle ne présente pas cet aspect marginé que nous avons signalé.

Par ailleurs, la rubéole s'accompagne très souvent d'une atteinte ganglionnaire en particulier, dans la région sous-occipitale, nous ne l'avons jamais noté dans les cas observés.

L'hémogramme a toujours été normal et n'a pas décelé en particulier l'existence d'une mononucléose avec plasmocytose qui caractérise la rubéole.

Cette affection rentre bien dans le cadre de la 5e maladie, appelée encore « Mégalérythème Epidémique ». Les caractères de son évolution correspondent exactement à ce que nous avons observé.

Elle a été décrite pour la première fois, par Tchammer de Graz, en 1886. Depuis, plusieurs auteurs ont décrit des épidémies de cette maladie éruptive, en particulier :

— Glanzman, en 1918 et 1925, sous le nom d'Erythèma Infectiosum.

— Tacone de Milan, en rapporte 95 cas.

En France les premiers cas publiés sont :

— En 1905, par Moussous sous le nom de « Mégalérythème Epidémique » ou 5e maladie.

— En 1931, Meyer décrit une épidémie à Strasbourg.

— En 1932, Cathala et Cambassades rapportent une petite épidémie familiale.

CONCLUSION

Il nous a semblé utile de rapporter ces quelques cas d'une affection éruptive par ailleurs absolument bénigne, dont l'individualité ne semble pas faire de doute, et qui pose souvent des problèmes diagnostiques et hygiéno-diététiques embarrassants pour le praticien.

BIBLIOGRAPHIE

P. Bertoye : un traité de médecine des enfants, t. II, Masson, 1953.
Comby : L'érythème épidémique. Arch. de Méd. des enfants, 1927, t. 30, p. 232.

GLANZMAN : Erythéma Infectiosum. Handbuch der inneren Medizin, 1934.

P. MEYER : Revue Française de Pédiatrie, 1932, p. 363.

P. MEYER : Réunion pédiatrique de Strasbourg, 2-4-27 : bulletin, p. 37.

MOUSSUS et CHEINISSE : Arch. Méd. des enfants, 1906.

M. PÉHU et BERTOYE : Encyclopédie, Méd. Chir., maladies infant., 8.045, p. 3, 1953.

René PIERRE : Contribution à l'étude du Mégalérythème Epidémique. Thèse, Paris, 1925.

TACCONE : La pediatrie, anno 3, n° 1,2.

A. TSCHAMER : Jahrb. f. Kind, 1866.

M. BOULARD et R. PIERRE : Sem Hôpitaux, 1953. 77.



ROUSSEL

THIURAMYL

POMMADE ET POUDRE
à 5 %
DE DISULFURE DE TETRA METHYL THIURAM

FONGICIDE ORIGINAL PUISSANT

anti-bactérien

fortement pénétrant

▼

MYCOSES DES PIEDS
MYCOSES DES PLIS
ERYTHRASMA
PITYRIASIS VERSICOLOR
TEIGNES TONDANTES
PRURIT ANAL MYCOSIQUE

▼

bonne tolérance

LES LABORATOIRES ROUSSEL
97, Rue de Vaugirard — 89, Rue du Cherche-Midi
PARIS (VI°)

ALGER : Laboratoires ROUSSEL, 28, rue Clauzel
TUNIS : O.S.P., 10, rue Amilcar.
CASABLANCA : Sté Maroc. des Lab. ROUSSEL, 48, rue Nationale.
SAIGON : Laboratoires ROUSSEL, 26, rue Lagrandière.
AUTRES PAYS DE L'UNION FRANÇAISE : Adresser les demandes aux Laboratoires ROUSSEL, 89, rue du Cherche-Midi, PARIS (VI°)

Gangrène massive des extrémités consécutive à une artérite aiguë chez une enfant de quatre ans

par A. Corcos, S. Abitbol et Ch. Tabbane

—o—

(SEANCE DU 4-12-53

—o—

OBSERVATION

Zohra bent Hattab, âgée de 4 ans, est hospitalisée le 23 février 1953 dans le Service de Médecine de Sadiki pour une gangrène des extrémités évoluant depuis 12 jours.

La maladie a commencé brusquement chez une enfant bien portante mais sujette à une pyodermite à répétition. Après une journée normale, la fillette s'est réveillée une nuit en criant; la mère a trouvé la main gauche de sa fille extrêmement violacée et froide; pas de fièvre. L'enfant, très endolorie, n'a cessé de geindre toute la nuit.





Le surlendemain, dans la soirée, même réveil brusque, même cri de douleur, et c'était le pied gauche qui était devenu violacé et froid, puis quelques heures après ce fut le tour de la main droite; le pied droit devait rester sain.

Les extrémités atteintes prirent rapidement un aspect gangréneux. L'enfant, endolorie, pâle, réclamait constamment à boire. Pas de fièvre, pas de troubles digestifs, pas de troubles nerveux ou respiratoires; appétit relativement conservé.

A partir des lésions, un œdème est apparu et a pris de l'extension.

L'altération de l'état général n'a fait que progresser jusqu'au jour de l'admission dans notre Service.

A l'examen, on se trouve devant une enfant fatiguée, très pâle, souffrante, non amaigrie, étendue dans son lit, les membres immobiles aux extrémités noires. C'est une gangrène des plans cutané et sous-cutané de la main gauche (face palmaire et moitié de la face dorsale de 4 doigts), la main droite (nécrosée sur ses deux faces jusqu'au-dessus du poignet) et le pied gauche (nécrosé jusqu'à un travers de doigt au-dessus des malléoles). La séparation d'avec les parties saines est nette,



PHARMOFFICE : 1, Boulevard Bugeaud — ALGER.
Diffusion Pharmaceutique Marocaine : 62, Rue St-Saëns — CASABLANCA.
SARRABIA : 35, Boulevard Vauban — MONTFLEURY - TUNIS (Tunisie).
BONNIOT : 37, Rue Miche — SAIGON (Indochine).
GUIGON : Boîte postale 513 — DAKAR (Sénégal).
SO.A.C.I.A. : Boîte postale 815 — ABIDJEAN (Côte d'Ivoire)
LABOREX : Boîte postale 872 — DAKAR (Sénégal).
Coopérative Pharmaceutique Martiniquaise : Boîte postale N° 362 — FORT DE FRANCE (Martinique).

à l'emporte-pièce, et circulaire. Un œdème plutôt mou remonte le long des membres atteints; le pied droit est normal, quoique froid, et un peu cyanosé sans être gonflé.

Sur le tronc on constate quelques éléments escarrotiques avec, par endroits, des ulcérations atones atteignant parfois 10 mm. de diamètre et dont l'apparition serait antérieure à celle de la gangrène. De nombreuses cicatrices de pyodermite constellent le corps de l'enfant. Les lobules des oreilles, percés quelques semaines auparavant par une épingle septique, sont infectés.

La palpation ne montre pas d'hépatosplénomégalie ni d'adénopathie.

A l'auscultation :

— Poumons normaux.

— Cœur : tachycardie à 144 malgré une température à 36°6.

— La T. A. ne pourra être prise correctement que 3 jours après.

Sur le moment, deux diagnostics nous paraissent plausibles :

— celui d'acrodynie mutilante et

— celui d'infection nécrosante.

Le pronostic paraît sombre.

On administre à l'enfant : Vitamine PP, tonicardiaques et antibiotiques : pénicilline 1 million d'unités, puis 500.000 unités et streptomycine (0 gr. 50). Localement, simple enveloppement dans de la gaze.

Le jour-même sont pratiqués divers examens qui montrent :

1. Hémogramme :

Hb : 65 %.
V.G. : 1,65.
G.R. : 1.922.000 (présence de normoblastes, 2 %).
G.B. : 16.900 (30 poly N., 30 mono grands et moyens, 40 lympho.).

2. L.C.R. normal :

Albumine : 0,10;
Cellules : 5,2 éléments (lympho.);
Absence de germes à l'examen direct et par culture (Institut Pasteur).

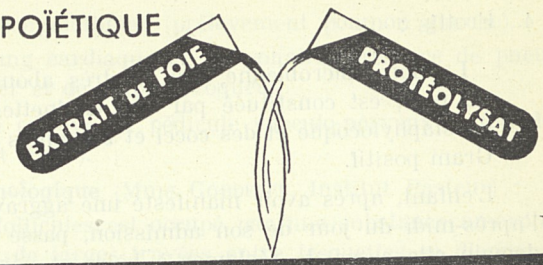
3. Urines (prélevées aseptiquement) :

— Absence d'albumine.
— Absence de pus, quelques cellules vésicales.
— Présence de colibacilles (en culture pure).

Dont voici l'antibiogramme :

— Pénicilline résistant.
— Streptomycine sensible (1 γ cc.).
— Auréomycine échappant au traitement.
— Chloromycétine sensible (3 γ cc.).
— Terramycine sensibilité limite (5 γ cc.).

SYNERGIE HÉMATOPOÏÉTIQUE



PROTIGÉNYL

MÉDICATION STIMULANTE ÉNERGIQUE

Toutes les indications des extraits de foie et des protéolysats en Médecine :

ANÉMIE de BIERMER
PROTIGÉNYL FORT, 1 à 3 amp. par jour

ANÉMIES MOYENNES et LÉGÈRES
ASTHÉNIES, CONVALESCENCES
PROTIGÉNYL FORT, puis NORMAL et GRANULÉ

PRÉTUBERCULOSE, RACHITISME
SUPPOSITOIRES et GRANULÉ

en Pédiatrie :

GASTRO-ENTÉRITE du NOURRISSON
SOLUTION INGÉRABLE STÉRILE
spécialement dosée

en Chirurgie :

PRÉPARATION PRÉ-OPÉRATOIRE
PROTIGÉNYL FORT et GRANULÉ
à haute dose (100 à 300 g par jour)

5 formules

INJECTABLE FORT
Extrait purifié de **200** g de foie frais et 0,25 g de protéolysat par amp. de 5 cm 3

INJECTABLE NORMAL
Extrait purifié de 30 g de foie frais et 0,25 g de protéolysat par amp. de 5 cm 3

GRANULÉ
Extrait purifié de 36 g de foie frais et 2,70 g de protéolysat par cuillerée à soupe

SUPPOSITOIRES
Extrait purifié de 30 g de foie frais, 0,25 g de protéolysat, gluconate de calcium, et Vitamine D_2

SOLUTION POUR NOURRISSONS
Extrait purifié de 20 g de foie frais et 0,40 g de protéolysat par amp. à ingérer

LABORATOIRES RONCHÈSE - NICE

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

4. Frottis :

La flore microbienne, qui est très abondante dans le prélèvement du pied, est constituée par des chaînettes de streptocoques (rares), du staphylocoque et des cocci et bâtonnets divers dont la plupart sont Gram positif.

L'enfant, après avoir manifesté une aggravation de son état général, l'après-midi du jour de son admission, passe une bonne nuit et le lendemain elle cesse de réclamer à boire et paraît reprendre vie. Le processus nécrotique garde ses limites initiales.

L'enfant peut dormir, manger ce qu'on lui met à la bouche, mais reste endolorie et les œdèmes des membres augmentent. La température ne dépasse pas 37°2.

On adjoint au traitement 0 gr. 50 de chloromycétine.

Une hémoculture pratiquée le 27 février 1953 se montre négative et un deuxième prélèvement effectué à la main, à la limite des zones nécrosées, n'a montré ni colibacilles ni d'autres microbes pathogènes.

La T. A. enfin, prise avec un brassard adéquat du côté gauche, est à 12-7 (le 28 février 1953).

Après une légère amélioration dans le Service, l'enfant de plus en plus profondément intoxiquée meurt le 8 mars 1953.

Autopsie : 36 heures après la mort.

Membre supérieur : doigts rétractés hyperfléchis comme une main brûlée.

A droite : chute en masse nécrotique de toutes les parties molles remontant en hauteur à trois travers de doigt au-dessus du pli du poignet, et en profondeur allant jusqu'à l'aponévrose.

Escarre en masse noirâtre, dénudant les tendons extenseurs.
Prélèvement de peau escarrifiée et de la peau sus-jacente.
A gauche : doigts hyperfléchis noirs comme à droite.
Nécrose en masse de la peau du dos de la main et des doigts.

Membre inférieur gauche : nécrose en masse noire de toute la peau jusqu'à un travers de doigt au-dessus de la cheville. Prélèvement de peau de l'extrémité inférieure de la jambe, au-dessus de la mortification.

Abdomen : pas d'ascite.

1. **Intestin** d'une pâleur extrême, exsangue.
2. **Foie** légèrement augmenté de volume, gras, avec quelques zones ecchymotiques (prélèvement).
3. **Rate** très petite, mauve (prélèvement).
4. **Rein gauche** : semble sain (prélevé).

Thorax :

Le **cœur** semble normal (prélevé).

Poumons : zones ecchymotiques (prélèvement poumon gauche).

Ensemencement de sang cardiaque et pulmonaire; présence de pneumo-bacilles, de Friedlander et de staphylocoques.

Avant-bras droit : on prélève du pédicule vasculo-nerveux du pli du coude (artère humérale et nerfs).

Examen anatomo-pathologique (Mme GORDEEFF, Institut Pasteur) :

Rate : le centre des follicules est occupé par une substance amorphe se présentant sous forme de larges travées entre lesquelles se disposent des cellules réticulaires; les artérioles ont leur paroi épaissie scléreuse; la pulpe rouge est congestive.

Poumon : broncho-pneumonie.

Foie : image de foie gras.

Rein : grosses lésions de cadavérisation, glomérules hypertrophiés. Pas de lésions vasculaires.

Cœur : rien à signaler.

Paquet vasculo-nerveux :

Artère humérale : il existe des lésions de thrombo-artérite; la paroi artérielle est scléreuse : le processus scléreux épaissit l'endartère, dissocie les fibres musculaires de la portion moyenne et élargit la couche externe. Au niveau de la lumière vasculaire, on trouve un bourgeon fibrinoïde partiellement organisé implanté sur l'endartère.

Les **filets nerveux** sont entourés d'une gangue scléreuse ainsi que les veines.

Une **portion de muscle** intéressée par ce prélèvement présente d'importantes lésions dégénératives : disparition de la striation, constitution de blocs hyalins, pycnose nucléaire.

Fragment cutané. — L'étude d'un fragment prélevé à cheval sur une portion saine et sur une portion gangrénée montre l'existence de très importantes lésions au niveau d'une **artère** cheminant dans l'hypoderme; sa lumière est comblée par un **thrombus organisé;** la couche moyenne est envahie par des capillaires néoformés et sa périphérie fibreuse est infiltrée d'éléments inflammatoires polymorphes.

Cette thrombose occupe un assez long segment de l'artère, car sur une autre section de ce même vaisseau distant d'un centimètre de la première, la lumière est encore comblée par un tissu de granulation.

EN RESUME, chez une petite fille de quatre ans s'installe rapidement, après une pyodermite, une gangrène aiguë des extrémités prenant massivement les deux mains et un pied, terminée par la mort en trois semaines. L'anatomo-pathologie nous montre un processus artéritique diffus prenant les grosses artères et les artérioles.

Quelle peut en être la cause ?

Etant donné la légère hypertension, la tachycardie, l'extension à trois membres, nous avons pu penser qu'il pouvait s'agir d'acrodynie muti-

lante dont d'assez nombreuses observations ont été publiées. Mais le début brutal (douleur en coup de fouet), la prise massive de trois membres, l'artérite thrombosante nous ont fait écarter ce diagnostic.

Des gangrènes aussi massives ayant été signalées dans les intoxications par l'ergot de seigle, nous avons cherché en ce sens, mais l'enfant n'avait pas mangé de farine de seigle.

VÉRAN et MIRALLIÉ ont rapporté, en 1944, l'observation d'un nourrisson de 15 mois qui a présenté une gangrène aiguë du pied gauche au cours d'un syndrome infectieux et qui a guéri après amputation de la jambe. L'examen anatomo-pathologique a montré des lésions de périartériolite discontinues « noueuses » sans thrombose organisée des gros troncs.

FÈVRE, en 1947, rapporte le cas chez un enfant de sept ans qui traînait une coqueluche avec bronchite, d'une gangrène du pied et de la jambe par oblitération vasculaire. L'enfant, qui dut être amputé de la cuisse, mourut d'embolie cérébrale.

D'autres cas furent rapportés, mais chez des nourrissons beaucoup plus jeunes (quelques jours à neuf mois), dans un tableau septicémique parfois confirmé bactériologiquement.

La précession de l'infection des lobules des oreilles et de la pyodermite, la découverte du colibacille en culture pure dans les urines, les plaques au niveau du thorax de micro-gangrène cutanée semblables aux nécroses décrites par DEBRÉ et ses collaborateurs dans les septicémies à colibacilles, nous font penser qu'il a pu s'agir dans notre cas de gangrène par artérite aiguë, vraisemblablement au cours d'une septicémie colibacillaire.

LABORATOIRE CHANTEREAU (INNOTHÉRA)
choline, papaïne
sels biliaires
boldo
EUCHOBYL
un
comprimé
à la fin des 3 repas
TROUBLES HÉPATO-BILIAIRES
TUNISIE : *SPECIMEDHY* — 37, rue d'Isly — TUNIS

BULLETIN DE L'ORDRE

A propos du droit fixe

Le Conseil de l'Ordre des Médecins tient à informer l'ensemble du corps médical du déroulement des événements qui ont suivi la publication au « Journal Officiel Tunisien » du 15 décembre 1953 de l'arrêté du Directeur des Finances relatif au Droit fixe.

Quoique daté du 15 décembre 1953 ce numéro du « Journal Officiel » n'est parvenu au Conseil de l'Ordre que le vendredi 18.

Immédiatement le Président du Conseil de l'Ordre décida d'agir. Le problème relevait certes davantage des attributions syndicales, mais l'existence de deux syndicats qui n'avaient pas encore établi entre eux de contacts, obligeait moralement le Conseil de l'Ordre à intervenir. C'est dans cet esprit que le Président BOUQUET convoquait le soir-même à la Maison du Médecin les Présidents et Secrétaires Généraux du Syndicat Médical Français et Tunisien et du Syndicat des Médecins Tunisiens.

Avec le Président et le Secrétaire Général du Conseil de l'Ordre ces quatre confrères allaient constituer le Comité des Six qui prit en mains l'affaire.

Immédiatement une demande d'audience était adressée au Résident Général à l'effet de lui faire part de l'émotion qui s'était emparée du corps médical à la nouvelle de l'institution de cet impôt inique.

Le mercredi 23 décembre M. VOIZARD accordait une audience à la délégation. Son accueil fut très courtois dans la forme et réservé sur le fond. Il parut surpris que le Directeur des Finances n'ait pas consulté les organismes intéressés et plus encore à la nouvelle que depuis plus de 15 mois M. FRAYSSÉ n'avait pas daigné répondre à une demande d'audience que lui avait adressé le Conseil au sujet du fonctionnement du Régime de Prévoyance des Fonctionnaires.

M. VOIZARD promit que les médecins seraient entendus par M. FRAYSSÉ.

Le mardi 29 décembre 1953, le Conseil de l'Ordre réuni approuvait l'action de son Président et il décidait :

1° de rappeler par lettre au Résident Général sa promesse;

2° au cas où il n'y serait pas donné suite de convoquer une Assemblée Générale;

3° au cas où il y serait donné suite, mais où les pourparlers n'aboutiraient pas, de convoquer également une Assemblée Générale.

Toute cette action devait évidemment être menée en accord avec les Syndicats, le Conseil ne servant en fait qu'à établir un lien entre les deux Syndicats.

La lettre écrite par le Président au Résident Général se croisa avec la convocation de la délégation à la Résidence Générale pour le 31 décembre au soir.

Les journaux d'information ont rendu compte de cette réunion où étaient convoqués non seulement les médecins et les représentants des autres professions libérales mais également les mandataires de tous les groupements de commerçants. C'est dire qu'elle fut absolument inutile.

Toutefois, le Directeur des Finances ayant au cours de cette réunion affirmé qu'il était prêt à recevoir les représentants des diverses corporations pour étudier avec eux les aménagements à apporter à son texte, les mandataires du corps médical jugèrent opportun de constituer un front commun avec les représentants des autres professions libérales.

Le lundi 4 janvier se tint au cabinet du bâtonnier Albert Bessis, la première réunion de ce Comité Interprofessionnel. Il fut convenu d'entreprendre une démarche commune auprès de M. Frayssé et au cours de cette démarche d'exposer au Directeur des Finances l'opposition irréductible des professions libérales à l'institution du droit fixe, et de mettre particulièrement l'accent sur les injustices les plus criantes au sein de l'injustice générale du droit fixe.

Cette audience se révéla assez peu constructive par suite de l'obstination du Directeur des Finances. Le bâtonnier Albert Bessis fut chargé par les diverses professions représentées d'entreprendre de nouvelles démarches auprès de lui. Il rendit compte de ces démarches dans une nouvelle réunion du Comité Interprofessionnel tenue également chez lui le 15 janvier.

Si les autres professions trouvaient quelques satisfactions relatives, le corps médical restait gravement lésé, car les conditions même de l'exercice de la profession rendaient impossible la découverte d'un critère raisonnable pour classer les médecins par catégorie.

Le critère de l'ancienneté qui était maintenu n'avait-il pas éte qualifié par M. Frayssé lui-même de mauvaise solution ?

Le Comité des Six, déçu par la médiocrité de ces résultats décidait immédiatement :

1° d'entreprendre de nouvelles démarches en se séparant des autres professions libérales;

2° de convoquer une Assemblée Générale pour le samedi 23 janvier.

Par ailleurs, dans le courant de la semaine, le Président vit à plusieurs reprises M. Bonnet de la Tour, Chef de Cabinet du Directeur des Finances et M. Fourier Ruelle, Directeur du Cabinet de Monsieur le Résident Général.

BRONCHITES
GRIPPES
AFFECTIONS PULMONAIRES

●

Laboratoires
F. BOUCHARD
6, rue Anna-Jacquin
BOULOGNE (Seine)



TUNISIE — **Ets NOTE**, 61, Avenue Garros — Tél. 97.090 — TUNIS

Quant à M. FRAYSSÉ, il se contenta de téléphoner au Président BOUQUET ainsi qu'au Dr ZAOUCHE pour leur faire des déclarations et des promesses aussi rassurantes que vagues.

L'Assemblée Générale du 23 janvier vota la résolution dont ci-dessous le texte :

✦ ✦ ✦

« Les médecins de Tunisie réunis en Assemblée Générale, le 23 jan-
« vier 1954 réclament l'abrogation du droit fixe de patente.

« Ils estiment insuffisantes, malgré les efforts du Conseil de l'Ordre
« et des Syndicats Médicaux, les promesses verbales d'aménagement faites
« par l'Administration.

« Ils soulignent le caractère injuste et arbitraire d'une taxation d'of-
« fice qui entend se baser seulement sur la date d'installation des cabinets
« médicaux — et impose ainsi uniformément des situations bien inégales.

« Ils soulignent avec force que, surtout dans les circonstances actuel-
« les, très nombreux sont les médecins de Tunisie dont la situation est
« très modeste et qui gagnent tout juste de quoi assurer le nécessaire à
« leur famille.

« La crise économique oblige en effet de très nombreux malades à
« renoncer aux soins en l'absence de tout système de sécurité sociale,
« et raréfie les clientèles médicales.

« Ils soulignent encore que les médecins n'ont ni retraite, ni alloca-
« tions familiales, qu'ils doivent penser à assurer une éducation et un
« avenir décents à leurs enfants et qu'enfin, toute maladie qui immobilise
« le médecin ne serait-ce qu'un jour le prive de son gagne pain ce jour-là.

« L'Assemblée rappelle qu'il n'est pas de médecin qui ne consacre une
« partie de ses journées à des services gratuits dans les hôpitaux et même
« en clientèle.

« L'Administration qui connaît le dévouement des médecins sait qu'il
« leur est humainement impossible de faire une grève dont pâtiraient les
« malades, et elle abuse manifestement de cette situation.

« Les médecins donnent mandat à leur Conseil de l'Ordre et à leurs
« Syndicats de défendre par tous les moyens leur juste volonté auprès
« de toutes les autorités responsables tant en Tunisie qu'en France. »

✦ ✦ ✦

La résolution de l'Assemblée Générale fut portée le 27 janvier à S. A. le Bey qui réserva à la délégation un accueil bienveillant et paternel.

Le 26 janvier paraissaient au « Journal Officiel » les modifications apportées à son texte primitif par M. FRAYSSÉ.

Une amélioration appréciable des conditions faites aux jeunes, une reconnaissance plus exacte de la situation des médecins âgés, un reclassement des spécialistes, une considération plus attentive de la situation

PULMOVACCIN

Toutes les affections microbiennes du Poumon

Complexe d'Essences Balsamiques pures

TUBEROL

Voies respiratoires, Coqueluche, Broncho-Pneumonie

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

CANTÉÏNE

PASSIFLORE
(Sédative) 0,50
ELIXIR — DRAGEES — SUPPOSITOIRES

HAMAMELIS VIRGINICA
(Décongestive et régulatrice du système vasculaire)
XXX gouttes

CRATŒGUS OXYACANTHA
(Toni-Cardiaque)
XXV gouttes

SALIX ALBA
(Fébrifuge)
0,25

MENTHE
(Stimulant)
X gouttes

Triade : Sédative, Régulatrice, Décongestive, Hyperactivée

Indication : Eréthisme cardiaque
Neurasthénie, Névroses, Menopause, Insomnie Cardiotonique Hypotensive

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

BALSEPTOL

Plaies, Brûlures
Affections gynécologiques

DISURYL

Pyélonéphrites
Cystites, Bacilluries

Pour ADULTES et FILLETTES

VACCINOVULES

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

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

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

des ménages des médecins étaient les seuls résultats obtenus. Mais était maintenue dans son intégralité la classification par ancienneté dont l'iniquité foncière n'a pas à être démontrée.

C'est dans ces conditions que s'est réunie la seconde Assemblée Générale qui vota le 6 février 1954 la résolution dont ci-dessous le texte :

✦ ✦ ✦

« Les médecins de Tunisie, réunis en Assemblée Générale le 6 fé-
« vrier 1954;

« Renouvellent leur opposition formelle au droit fixe qu'ils estiment
« incompatible avec la nature même de la Médecine : un médecin peut
« ne pas savoir, ne pas pouvoir, ou ne pas vouloir gagner de l'argent dans
« l'exercice de la profession;

« Donnent mandat à leur délégation d'engager toute action pour la
« suppression de ce droit, et, comme première mesure, d'obtenir qu'il soit
« sursis au premier paiement prévue pour le 24 février;

« Décident de constituer une Commission permanente de travail char-
« gée d'étudier des formules de remplacement et de mener l'action né-
« cessaire jusqu'à l'abolition du droit fixe.

« Devant la répugnance du corps médical à recourir à la grève, ils
« demandent au Conseil de l'Ordre, à qui ils renouvellent toute leur con-
« fiance, d'envisager sa démission en cas de refus de l'Administration et
« en signe de protestation solennelle du corps médical tout entier. »

✦ ✦ ✦

Le lundi 8 février la nouvelle Commission de travail se réunit et décida d'envoyer une délégation tant auprès de M. Frayssé qu'auprès de Monsieur le Résident Général pour demander qu'il soit sursis à l'application du droit fixe de patente en ce qui concerne les médecins et pour leur exposer à nouveau les raisons profondes qui devaient justifier une pareille mesure.

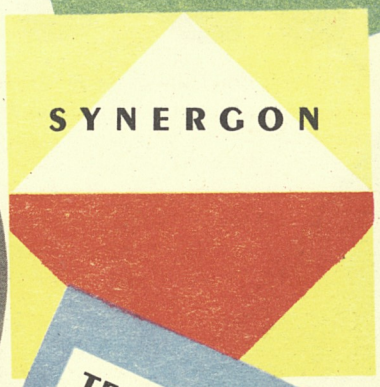
Cette délégation comprenait avec les Présidents de l'Ordre et des deux Syndicats, deux jeunes confrères, les Drs Gaston Cohen Boulakia et Duval.

Le mardi 9 février le Conseil de l'Ordre se réunissait et ses membres unanimes remettaient leur démission de membres du Conseil entre les mains du Président, lui faisant confiance pour la rendre définitive et publique au cas où il ne serait pas fait droit aux revendications du corps médical.

La délégation fut d'abord reçue, M. Frayssé étant absent de Tunisie, par M. Bonnet de la Tour, son Directeur de Cabinet. Là encore l'audience fut négative, M. Bonnet de la Tour se contentant de promettre qu'on examinerait les cas particuliers dignes d'intérêt avec la plus grande bienveillance. On verra plus loin ce qu'il faut entendre par là.

TRIPTYQUE BI-HORMONAL "ROLLAND"







Hyperfolliculinie
Troubles Prémenstruels
Fibromyomes

Aménorrhées
(Méthode de Zondek)
Avortements répétés

Ménopause
Frigidité
Andropause

Ampoules injectables de 1 cc. Suppositoires même dosage

REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

LABORATOIRE DE L'HÉPATROL
4, Rue Platon — Paris XVe

VAGOPROL

SÉDATIF DES DYSTONIES NEURO-VÉGÉTATIVES

SPÉCIFIQUE
DE L'ÉMOTIVITÉ
ET DE L'ANXIÉTÉ





Ethylisopropyl α bromacétamide,
0,20 ctg pour une dragée
suppositoires (adultes, enfants).



ÉMOTIVITÉ
NERVOSISME
ANXIÉTÉ
IRRITABILITÉ
INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES NERVEUX DE LA MENSTRUATION
ET DE LA MÉNOPAUSE

Remboursés par la Sécurité Sociale

LABORATOIRE DE L'HÉPATROL
4, Rue Platon — Paris XVe

La délégation fut également reçue le mardi 16 février par Monsieur le Résident Général. L'accueil du représentant de la France fut très courtois. Mais de toute évidence M. Voizard ne tenait pas à entrer dans les détails du conflit. Toutefois, il fut très surpris d'apprendre que les médecins n'avaient jamais encore été reçus seuls par M. Frayssé lui-même. Il s'empara alors du téléphone et invita personnellement M. Frayssé à recevoir les médecins.

Le lendemain, mercredi 17 février, M. Frayssé répondant à l'invitation du Résident, téléphonait au Dr Bouquet pour fixer la date de l'audience, mais prétextant ses très nombreuses occupations, il fixa celle-ci au 23 février.

Sur la remarque qui lui fut faite par le Président que ce jour était la veille de l'expiration du délai imparti aux contribuables pour faire leur déclaration et effectuer leur premier versement au droit fixe, il répondit qu'en tout état de cause il ne pouvait être question d'accorder aux médecins le sursis demandé.

Dans ces conditions, le Dr Bouquet, Président du Conseil, ne pouvait que considérer qu'aucune satisfaction n'avait été accordée aux vœux émis par le corps médical, et, en conformité avec la lettre et l'esprit des suggestions de l'Assemblée Générale et de la décision des membres du Conseil, il rendit publique la démission du Conseil de l'Ordre. Celle-ci fut portée immédiatement à la connaissance du Secrétaire Général du Gouvernement Tunisien et du Ministre de la Santé Publique et annoncée dans les journaux d'informations du 19 février par la note ci-dessous :

✦ ✦ ✦

« Le Président du Conseil de l'Ordre des Médecins de Tunisie a le « regret de porter à la connaissance du corps médical et du public que, « devant le refus opposé par l'administration aux légitimes réclamations « du corps médical relatives au droit fixe de patente et conformément « au vœu de la dernière Assemblée Générale Extraordinaire des Méde- « cins, il a informé les Pouvoirs publics intéressés de la démission du « Conseil de l'Ordre tout entier et de la sienne propre.

« Il tient à préciser qu'à dater de ce jour il ne continuera personnel- « lement à expédier que les seules affaires courantes dont le non-règlement « risquerait de porter préjudice à la santé des malades.

« Il tient également à préciser une fois de plus que les médecins « n'entendent nullement se dérober à leur devoir fiscal, mais qu'ils con- « sidèrent que le droit fixe, déjà inique dans son essence, l'est encore plus « pour les médecins, véritables artisans, pour lesquels aucun critère vala- « ble ne peut être proposé. Le classement par ancienneté adopté par l'Ad- « ministration contraint trop de médecins de petite santé ou de situation « de clientèle restreinte à payer des sommes manifestement hors de pro- « portion avec leurs modestes revenus professionnels. »

✦ ✦ ✦

Est-il besoin d'ajouter que l'audience enfin accordée par M. Frayssé le 23 février fut totalement négative ? On s'en doute.

Le conflit reste le suivant :

M. Frayssé reconnaît volontiers que la classification des médecins « par ancienneté est une solution injuste. Il n'en trouve pas d'autre, mais il maintient que les médecins doivent payer le droit fixe. Dans l'impossibilité de trouver lui-même une solution équitable, à l'intérieur du droit fixe bien entendu, il demande aux médecins de se substituer à lui dans cette recherche.

Ceux-ci au contraire arguent de l'impossibilité de trouver une classification équitable étant donnée la nature très particulière de la profession. Dans ces conditions, l'impôt dit droit fixe, déjà inique pour les professions commerciales, encore plus inique pour les autres professions libérales est pour eux d'une iniquité insupportable, et ils n'auront donc pas de cesse s'ils n'en n'obtiennent l'abrogation. Les solutions de remplacement qu'ils envisagent ne sauraient en aucune manière être un aménagement du droit fixe mais le remplacement de cet impôt par un impôt proportionnel.

Il convient d'informer les confrères que même les promesses, d'ailleurs assez vagues, d'examen bienveillant des situations particulières, n'ont guère été tenues. L'Administration, pour un médecin ayant incontestablement été malade ou absent pendant la plus grande partie de l'année écoulée, continue à exiger la totalité du droit fixe, et sa bienveillance se résume en l'octroi de délais. Que dire alors des médecins dont de notoriété publique la clientèle très modeste ne justifie pas qu'ils soient astreints à un impôt aussi élevé, et qui doivent continuer à payer des droits exorbitants qui dépassent de toute évidence leurs moyens ?

La bataille continue.



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

Réactions de l'organisme en pays trop chauds ou trop froids

—o—

Le sujet d'étude qui nous est proposé englobe les réactions de l'organisme aux climats extrêmes. Je pense que, traitant la question en milieu militaire, on pourrait en limiter l'objet aux cas plus précis de déplacements de troupes d'un climat tempéré vers une zone tropicale ou arctique, ou, dans le cas plus particulier des soldats coloniaux, d'une région semi-tropicale vers un climat tempéré ou froid.

L'observation des autochtones dans les différentes parties du monde nous montre déjà dans quelles limites extraordinairement larges, l'espèce humaine, contrairement à bien des espèces animales, peut s'adapter au climat.

Géographiquement en effet l'homme vit depuis 55° de Lat. Sud (extrême Sud de l'Amérique) à 78° de Lat. Nord (Esquimaux). Sur la planisphère ainsi délimitée, se détachent deux extrêmes climatiques : d'une part, en Sibérie, dans la province d'Iakoutsk, Verkhoiansk, surnommée « le Pôle du Froid » avec —72° en hiver; d'autre part, à quelques degrés de l'Equateur Thermique (qui, comme on le sait est à 10° de Lat. Nord), en Erythrée, Massaouah avec +57° pendant la canicule; ce qui nous offre une marge de variations thermiques de 129° ! Et ces deux points opposés ne sont pas des déserts : ce sont deux villes comportant respectivement 524 et 2.600 habitants. Si ces deux centres sont situés en plaine presqu'au niveau de la mer, il n'en existe pas moins des régions (à vrai dire situées en pays chauds) où les très hautes altitudes sont des centres de peuplement : Mexico à 2.247 m. avec plus d'un million d'habitants, ou Lhassa à 3.680 m. avec ses 20.000 habitants, si elles sont des capitales, font néanmoins piètre figure devant certaines petites villes du Pérou et surtout de Bolivie où des altitudes de 4.000 m. habitées sont monnaie courante : la 2e ville de Bolivie Oruro (41.000 hab.) est à 3.715 m., Potosi loge ses 34.000 occupants à 3.970 m., etc...

Voici fixées ainsi les limites géographiques de notre étude.

*
* *

Le bilan des pertes dues aux intempéries pendant les guerres est particulièrement sévère : les accidents relevant des rigueurs des climats coûtent souvent plus de morts ou de mises hors de course que les combats eux-mêmes. Jaulmes rappelait récemment quelques chiffres éloquents en Pays chauds : Les guerres du Tonkin et de Madagascar en 1895 ont totalisé 35 % de pertes des effectifs par maladie;

en 1917, en Mésopotamie, les chiffres records de 6.300 insolations ou coups de chaleurs dont 520 mortels ont été atteints dans les troupes anglaises; pendant la dernière guerre, dans le seul été de 1942 et dans la région du Golfe Persique les Britanniques ont accusé 168 cas de « heat stroke » avec 32 décès et 1.955 cas de « heat exhaustion » dont 13 mortels !

En Pays froids, il n'est pas nécessaire de rappeler la catastrophique campagne de Russie de Napoléon, dont les livres scolaires conservent les échos. Qu'il nous suffise de nous souvenir, comme dit BÉNITTE, de ce que nous avons pu voir avec la 1re Armée Française opérant l'hiver 1944-45 en Alsace et dans les Vosges, où l'on dut hospitaliser pour gelures 9.736 soldats, soit la dure proportion de un gelé pour 23 combattants !

Et nous ne parlons là, que des conséquences *directes* des rigueurs des climats sans faire intervenir leur rôle déclenchant ou aggravant dans bien des maladies. Comment les prévenir ? telle est la question primordiale.

* * *

Il sied tout d'abord de rappeler quelques éléments de physiologie.

L'homme comme tous les autres mammifères et les oiseaux, est un Homéotherme, ce qui veut dire qu'il maintient sa température interne à un niveau fixe quelles que puissent être les conditions de l'ambiant, au moins dans certaines limites. Il s'oppose en celà aux Poikilothermes dits à tort : « animaux à sang froid ». Il diffère aussi de certains animaux dits « hibernants » tels la marmotte ou le spermophile qui, dans leur torpeur hivernale, sont capables d'abandonner leur homéothermie au moins partiellement et temporairement.

La régulation thermique, propre aux homéothermes, s'exerce par deux voies la Thermogénèse et la Thermolyse. Elle joue déjà chez l'homme au repos dans les conditions de la consommation basale de 1.500 cal. Dans le Bilan, nous inscrirons :

à l'actif (Thermogénèse), le rôle du tonus musculaire;
celui du foie (on sait que la température est plus élevée dans les veines sus-hépatiques que dans l'artère hépatique);
celui des tissus, siège des combustions;

au passif (Thermolyse) les pertes par :

Conduction;
Convection;
Rayonnement;
Perspiration cutanée et pulmonaire (pour apprécier la perte de chaleur par voie respiratoire, il suffit de se souvenir du fait que l'air expiré est plus chaud de 4° que l'air inspiré).

Les calories absorbées en plus de celles qui représentent le M.B., appartiennent à la marge de thermogénèse et constituent la « chaleur réglable » qui permet de résister au froid et de maintenir la température interne autour de 37°.

Le degré de neutralité thermique ambiant, c'est-à-dire la température extérieure qui ne provoque dans l'organisme aucune action correctrice de défense contre le froid ou le chaud, est différent suivant les conditions du sujet :

Pour un homme vêtu moyennement, il est de 18°;
Pour un individu nu, exposé à l'air, il s'élève à 25°;
Pour le même sujet, toujours nu, mais trempant dans un bain, il monte à 35° (J. LEFÈVRE).

Hors de ces cas, le mécanisme régulateur homéotherme doit jouer.

1° La Thermogénèse de défense est liée :

A) d'une part, à des facteurs réflexes différents, suivant le degré thermique ambiant :

a) au-dessous de 22°, c'est le phénomène bien connu du frisson qui par les contractions musculaires produites, augmente substantiellement les combustions;

b) au-dessus de 40°, c'est un travail intense respiratoire et cardiaque nécessité par l'intensité de la thermolyse.

B) d'autre part à la loi de Van T'HOFF qui veut que la vitesse des réactions chimiques est multipliée par un coefficient (en général K = 2 à 3) chaque fois que la température ambiante s'échauffe de 10° : c'est ce qu'exprime le paradoxe apparent : l'hyperthermie appelle l'hyperthermie.

2° La Thermolyse de défense intéresse plusieurs facteurs :

A) la vaso-motricité : Souvenons-nous de la formule heureuse de FRÉDÉRICQ parlant de vasoconstriction : les nerfs de la peau, gardiens de l'organisme contre le froid extérieur ».....

B) la perspiration : peu influencée au niveau des poumons, elle devient très marquée au niveau de la peau : à la fois perspiration insensible et surtout sudation. C'est grâce à la vaporisation de la sueur que l'on obtient le rafraîchissement, chaque gramme d'eau évaporé consommant 0,581 calorie;

C) la respiration agissant à la fois sur son rythme et sa profondeur;

3° Thermogénèse et Thermolyse sont sous la dépendance des régulateurs neuro-endocriniens :

A) les uns nerveux : centres hypothalamiques, médullaires, systèmes végétatifs et appareil autonome;

B) les autres glandulaires : médullo-surrénale (adrénaline), thy-

roïde, hypophyse (hormone de O'Donovan et Collip liée à l'intermédine ?)

Dans quelles limites cette régulation thermique s'exerce-t-elle ?

Comme tout phénomène homéostasique,, l'homothermie peut être faussée, déréglée, « forcée » en quelque sorte par les excès du milieu thermique ambiant.

La résistance à l'élévation thermique est assez faible. Si Bladgen a pu séjourner 12' dans une étuve sèche à 87° (et même 8' de la même façon à 127°), si les 3 sujets de Benedict et Dubois soumis à un bain d'air chaud desséché à 80° n'ont manifesté aucune élévation thermique ais seulement une consommation accrue d'oxygène de 5 à 10 % après 1 heure 30, il n'en est pas moins vrai que le même Bladgen n'a pu tolérer l'étuve humide à 45° et que des observations classiques ont montré dans le cas de mineurs travaillant dans des galeries chaudes (32°-38°) et humides que leur température pouvait s'élever vers 38,5 non sans troubles divers.

La résistance au froid semble plus grande : On a pu, en effet, exposer — pour un temps très court — des chiens à —100° sans les tuer. Des expériences nombreuses ont montré les facultés d'adaptation de l'homme au froid. L'exposition à l'air extérieur donne bien des sensations désagréables, voire intolérables, avec refroidissement des extrémités, chair de poule, frissons, hypéresthésie musculaire, fatigue, diminution de l'effort de pensée et état plus ou moins stuporeux, après quatre heures, mais la température interne se maintient et même si la température ambiante était à 0°, on voit, après une petite élévation de la température rectale, une chute de 35° sans plus.

(Voir sur ce point les expériences de Adolph et ses coll.).

Il n'en est pas de même lorsqu'on plonge un sujet dans l'eau froide. Si une brève immersion à 3° ne donne pas d'accidents notables, comme l'a observé Glaser, la prolongation du séjour dans une eau à 0° ou 5°, fait baisser la température interne : la production de chaleur par une nage légère et lente (donnant 220 à 300 cal./m²/heure) permet de compenser ces pertes; d'où le conseil de nager ou tout au moins de se mouvoir aux naufragés séjournant dans l'eau froide.

Les horribles expériences tentées à Dachau de sinistre mémoire, ont montré que l'immersion à 1° pendand 60' était mortelle au même titre que l'exposition à l'air sec à —6° sans nourriture pendant 14 h. Si l'on réchauffe à temps le sujet pendant 10' dans un bain à 50° suivi de frictions et drap chaud, on peut espérer ramener le malheureux patient à la vie.

Cependant, il n'est plus possible aujourd'hui de penser que le « forçage » soit toujours fatal, surtout en ce qui concerne le refroidissement de l'homéotherme. Lefèvre déjà, malgré qu'il eût noté comme limite du refroidissement du lapin 25°, avait constaté que, dans certains cas, on pouvait encore pour des animaux dont la température

L'Artane transforme la condition du parkinsonien

ARTANE

★

Traitement moderne de la maladie de Parkinson

Comprimés dosés à 2 et 5 milligrammes de
Chlorhydrate de 3-(1-pipéridyl)-1-phényl-1-cyclohexyl-1-propanol
(Trihexyphénidyl)

ACTIF - MANIABLE - BIEN TOLÉRÉ

THERAPLIX

98, RUE DE SÈVRES, PARIS (VII°)

AGENCES THERAPLIX POUR L'AFRIQUE DU NORD
ALGER : 100, Rue Michelet

n'était plus qu'à 23° ou 20° et même moins, obtenir la réanimation, grâce aux bains progressivement réchauffés. SMITH et FAY qui ont tenté de traiter des cancéreux par l'hypothermie, ont vu que la température léthale de l'homme pouvait être fixée à un chiffre inférieur à 25°. D'ailleurs l'idée de soigner certains malades par l'abaissement de leur température a fait du chemin : limitée au début à des cas très particuliers : cancers, leucémies, affections mentales ou tétanos graves, elle s'étend aujourd'hui à de larges secteurs de la thérapeutique : depuis le nouveau-né prématuré jusqu'aux candidats à la chirurgie cardiaque ou autre, en passant par le nourrisson en état de toxicose, le blessé hémorragique ou choqué, les infectés présentant un « syndrome malin », etc., c'est que, à côté de la réfrigération physique proprement dite, est née la possibilité nouvelle de l' « hibernation chimique » ou mieux « pharmacodynamique », sur laquelle les travaux de LABORIT en France ont jeté une vive lumière. Ce serait sortir de notre sujet que d'y insister. Il n'en reste pas moins que c'est l'étude de l'hibernation artificielle qui a permis à des savants —tels GIAJA et son école — de nous montrer la réalisation de véritables poikilothermies expérimentales provisoires. Dans ces essais d'adaptation à l'hypothermie, GIAJA, constate toute la série de faits suivants :

a) la température de neutralité thermique est d'autant plus basse que la température d'adaptation est elle-même plus basse;

b) la valeur de M.B. est d'autant plus grande que la température d'adaptation est plus basse;

c) pour une même température ambiante, la production de chaleur est d'autant plus grande que la température d'adaptation est plus basse. L'adaptation au froid se traduit donc par une plus grande puissance calorique. D'où la notion de *métabolisme de sommet* correspondant au maximum de production calorique aux limites inférieures de l'homéothermie; il est, en général de 5 à 6.000 calories. Le *quotient métabolique* de GIAJA qui s'écrit métab. Sommet/métab. Base est donc de l'ordre de 3 à 4.

Toutes ces notions nous permettent déjà de concevoir l'opposition des moyens de lutte contre les variations thermiques :

1° Contre la chaleur : petite marge de sécurité et les moyens de lutte sont surtout Physique;

2° Contre le froid : larges possibilités d'adaptation et les moyens de lutte sont surtout Chimiques.

Du point de vue philosophique, on se doit de remarquer que l'optimum thermique est très près des limites de l'adaptation au chaud et très loin au contraire, des températures froides léthales : la chaleur semble ainsi exalter les facultés de la vie qu'elle brûle d'autant p'us vite alors que le froid tend à ralentir, à momifier en quelque sorte les

capacités vitales mais en les conservant dans le temps. Eternelle opposition de cet éphémère se grisant pour mourir aux rayons du soleil couchant et de tel ours des sphères boréales marqué pour un long destin. Là se manifeste peut-être plus clairement que jamais, la relativité du temps biologique

Mais revenons à notre propos :

***

Dans tout celà, nous avons supposé un individu normal, plus ou moins immobile, non vêtu ou toujours également recouvert, maintenu à un régime constant et soumis seulement à des variations thermiques. Tel n'est pas en réalité le cas d'un sujet passant d'un climat déterminé à un autre plus rigoureux.

Tout d'abord le climat ne se définit pas par la seule température : à cette caractéristique, il faudrait joindre une foule d'autres : les unes proprement météorologiques : hygrométrie, barométrie, ventilation, état ionique et électrique de l'atmosphère, etc.; les autres, géographiques et telluriques : latitude, altitude, proximité de l'eau, conditions géologiques du sol avec les conséquences logiques des conditions de la Flore et de la Faune locales; les troisièmes enfin, d'ordre cosmiques : radiations solaires et autres, etc.

C'est pourquoi Pille définit sous le terme de « facteur d'agression d'un climat» tout cet ensemble complexe en fonction de la difficulté rencontrée à assurer dans ces conditions l'homéothermie. Il oppose bien des climats froids « à thermogénèse » à des climats chauds « à thermolyse », enserrant entre eux des climats tempérés où l'homme se maintient sans effort en équilibre thermique; mais, ici, la définition se rapporte bien plus à la réaction de l'homme qu'à la qualité réelle du climat. Si, en effet, on tient compte des éléments principaux les plus caractéristiques du climat, par exemple température, hygrométrie et ventilation, on aboutit à une qualification plus précise pour un instant donné de ce climat : c'est là une notion *dynamique* d'importance, elle s'exprime d'une façon suggestive par ces termes d' « ambiance d'égal confort » et de « température résultante » bien mis en évidence par les techniciens modernes comme Missénard. La température résultante est ainsi définie comme celle d'une ambiance équivalente où l'air est au repos et saturé de vapeur d'eau. Un exemple concret nous montre qu'un individu normalement vêtu a la même sensation de « confort » dans les trois cas suivants :

1.	T° = 16°	H = 100 %	Ventilation = 0
2.	T° = 19°	H = 20 %	Ventilation = 0
3.	T° = 22°	H = 55 %	Ventilation = 3 m/sec.

On peut avoir en quelque sorte la mesure de pareils cas, en étudiant ce que l'on est convenu d'appeler la « valeur du refroidissement »

La Grande Marque
Des Antiseptiques
Urinaires et Biliaires

56, Boulevard Pereire
PARIS (17e)

URASEPTINE ROGIER

dissout et chasse l'acide urique

Echantillons et Littérature :
OFFICE DE PROPAGANDE MEDICALE, 53, r. des Maltais, TUNIS

CÉPHALOSE *amphétaminée*

A L'ACIDE GLUTAMIQUE

Déficiences intellectuelles
surmenage physique

AMPOULES BUVABLES
★
COMPRIMÉS
★

LABORAL - LABORATOIRES DE L'AEINE
6, PLACE CLICHY - PARIS 9e • PIG. 63-03

---

aéïne

ANXIÉTÉ - ÉMOTIVITÉ
INSOMNIE - NERVOSITÉ
EXCITABILITÉ

SUPPOSITOIRES 1 à 2
COMPRIMÉS 6 à 12
par jour

aéïne *vitaminée* B1

DYSTONIES NEURO-VÉGÉTATIVES
NÉVRALGIES - ANXIÉTÉ

COMPRIMÉS
6 à 12 par jour

LABORAL • LABORATOIRES DE L'AEINE, 6 Pl. Clichy, PARIS-9e • PIG. 63-03

grâce à des appareils variés comme le frigoromètre de DAVOS ou le catathermomètre de HILL.

Nous comprenons mieux dès lors un certain nombre de faits d'observation courante.

En ce qui concerne l'humidité par exemple, une hygrométrie à 80 % donne une sensation de bien être à 18-19° mais elle est peu supportable à —20° ou à +30°. Une atmosphère à 25° saturée d'humidité paraît aussi chaude qu'une ambiance à 33° avec 20 % d'hygrométrie. Mais cette même atmosphère à 25° saturée d'eau, si elle s'accompagne d'une ventilation de 3 m/sec. refroidit autant qu'un air immobile, saturé à 20°. La sudation est aussi marquée à 25° avec 60 % d'hygrométrie qu'à 30° avec 22 % d'humidité. De même, pour une ventilation égale, par temps froid, la vitesse de l'air augmente les pertes par convection alors que par temps chaud, elle favorise l'évaporation sudorale. L'eau à 20° refroidit autant que l'air sec à 0°. En haute altitude, le refroidissement est moindre à cause de la « légéreté » de l'air c'est-à-dire, en fait, la diminution de sa chaleur spécifique par unité de volume.

Il faudrait donc bien distinguer les climats entre eux suivant au moins les rapports réciproques de ces trois éléments principaux : température, humidité, mouvement de l'air.

En face du climat, il y a encore à envisager le sujet qui y est soumis. Ce sujet a été longtemps adapté à son climat originel, il recevait jusque là une alimentation traditionnelle, avait une activité déterminée, se trouvait enfin dans un état physique et psychique particulier. Un individu habitué, dans une ville moderne, en Pays tempéré au « confort » d'un appartement chauffé voire climatisé, au port des vêtements douillets, à un régime largement équilibré, devient selon le mot de MAGNE un « homéotherme dégénéré » avec de mauvaises réactions aux variations météorologiques. La civilisation a ainsi modifié profondément les réactions du corps humain avec l'ambiant et ce que nous appelons confort aggrave les dangers de déficience de la thermorégulation. Par contre, un autre sujet rural, plus fruste, même originaire de climat subtropicaux, ayant moins restreint artificiellement son potentiel homéothermique, s'adaptera plus aisément aux nouvelles conditions ambiantes imposées.

C'est dire que l'on peut prévoir toute une gamme de possibilités réactionnelles individuelles.

Tous ces problèmes s'éclaireront d'autant mieux pour nous que nous les envisagerons sous l'angle des conceptions de SELYE sur les syndromes d'alarme et d'adaptation. Ce n'est d'ailleurs pas d'aujourd'hui que la variation thermique brusque a pu être considéré comme un stimulus d'alarme possible. « Coup de chaleur » comme « coup de froid » trouvaient déjà leur place dans la notion du choc autocolloïdoclasique due à WIDAL, ABRAMI et BRISSAUD et bien avant ces auteurs

déjà, BEHIER décrivait l'urticaire par le froid. Le nombre même des maladies dites « a frigore » témoigne de l'importance accordée aux manifestations du refroidissement brusque. L'étude, en particulier des morts subites dans un bain (SKONGE, 1934, SAYLOR et WRIGT, 1936) avait fait apparaître l'analogie de cet accident avec le choc histaminique. Et SELYE considère lui-même le froid comme d'un des agents non spécifiques du « stress » les plus importants. Mais le coup de chaleur peut aussi être interprété dans un sens identique, nonobstant les constatations de PASTEUR VALERY-RADOT, MAURICE et Mlle HUGO (1931) semblant prouver que la chaleur inhibe momentanément les effets du choc anaphylactique. C'est là une question de modalités d'application de la chaleur qui peut, dans des conditions particulièrement sévères, devenir un agent non spécifique du stress et les espériences de MALMEJAC apparentent le choc qui en résulte à la brusque libération de produits histaminiques.

Dès lors, « l'agression climatique » se présente à nous sous un double aspect :

1° Celui d'un *stress* non spécifique déclenchant la série des réactions d'alarmes et d'adaptation de SELYE (ou mieux peut-être, « les phénomènes de REILLY » où la note neuro-végétative domine la touche humorale).

2° et d'un stimulus plus particulier sollicitant un système régulateur approprié.

Cette conception que PILLE a largement contribué à préciser, pourra servir de guide aux descriptions que l'on peut donner des réactions des individus subissant l'assaut des variations climatiques.

***

Nantis de ces quelques notions, il nous est plus facile maintenant d'envisager notre sujet.

Premier cas : Des troupes sont transportées rapidement d'un pays tempéré ou chaud vers une zone arctique.

Il s'agit là d'une variation déclenchant au maximum la thermogénèse de défense. N'oublions pas cenpendant que la thermogénèse est un acte normal du moteur humain dont la mission énergétique est de fabriquer des calories.

Si donc le stress au départ n'est pas trop intense (coup de froid), on peut espérer que le mécanisme régulateur — aidé surtout — entrera vite en jeu et permettra de maintenir l'haméothermie. Quelles peuvent être les causes aggravantes du stress ? Il y a d'abord évidemment la brutale dénivellation de température extérieure, source de pertes considérables par rayonnement : à 0° pour un travail constant le rayonnement thermique peut atteindre 5.000 calories ! Mais pour une variation fixe, l'aggression est plus violente suivant :

1° l'état de fluide ambiant de l'air, le contact avec un matériau froid, l'insuffisance d'isolement thermque du vêtement, qui viennent augmenter les pertes par conduction et par convexion,

2° la réduction de l'activté musculaire calorigène conduisant quand même à l'utilsation de cette activité grâce au « frisson »;

3° le manque de sources caloriques alimentaires obligeant le métabolisme à utiliser les réserves de l'individu.

Il faudrait y joindre les autres manifestations météorologiques telles que vents, orages, neige, etc.., causes d'autant de stress consécutifs.

La *prévention* est aisée à saisir, etc. Elle comprend des indications touchant :

a) le logement : isolement thermique des tentes, préférer le baraquement en bois qui protège mieux du froid extérieur;

b) le chauffage : c'est là une chose évidente sur laquelle nous n'insisterons pas.

c) le vêtement : l'homme habillé chaudement résiste à —70° mais nu, il se refroidit dès +17°. A 0°, légèrement vêtu, il perd 700 calories par heure d'exposition alors que sa production calorique n'est que de 300 cal./heure : il est vrai qu'une radiation solaire, bienvenue à ce moment, peut épargner 90 autres calories (Adolph et Molnar 1946). Le pouvoir protecteur des vêtements n'est dû en réalité qu'à leur capacité d'emprisonner une certaine quantité d'air. Les expériences de Techouyères et Walbaum ont montré qu'un cylindre rempli d'eau à 37° se refroidit aussi vite habillé de laine ou de coton. Bergonie avait dressé un tableau du *coefficient d'utilité* de divers habits, par exemple :

chemise de laine	1,5
chemise de flanelle	1,75
veston de gros drap	1,90
pardessus d'hiver	2,5
pelisse fourrure	4,5

ce qui signifie que ces vêtements permetttent à l'homme qui en est recouvert de perdre de une fois et demi à quatre fois et demi moins de chaleur que s'il était nu. Faisant intervenir, pour une même température la ventilation, Lefèvre nous indique que si un habillement léger a un coefficient d'utilité de 1,36 par air calme, ce coefficient s'élève à 2 par fort courant d'air.

Laroche et Saidman ont pu étudier avec précision le rayonnement à travers plusieurs vêtements superposés; voici leurs chiffres :

Antiallergique

Bien toléré

THÉPHORINE "ROCHE"

Rhinites

Coryza

Urticaire

Dragées

Sirop

Onguent

ROCHE

PRODUITS "ROCHE" S. A.

10, RUE CRILLON - PARIS-4e

Rayonnement de la peau nue (près du sein) . . . . . 45 unités cal.
à travers une première flanelle . . . . . 32,5 unités cal.
puis une chemise par dessus . . . . . 26,5 unités cal.
puis encore un gilet . . . . . 17,5 unités cal.
puis enfin un veston . . . . . 3,5 unités cal.

ce qui fait qu'en fin de compte, l'habillement complet réduit le rayonnement de 90 %.

Les vêtements doivent être secs : une fourrure mouillée par exemple peut protéger moitié moins qu'une fourrure sèche. Selon des travaux américains de 1947, on devrait prévoir dans le paquetage :

un sous-vêtement de coton sans manche;
une chemise de laine tricotée;
une chemise en laine très ample;
une veste fourrée;
une canadienne à fermeture éclair et capuchon;
un caleçon court en laine;
un pantalon en laine;
un pantalon-combinaison très ample en coton;
un masque pour le visage;
des gants de laine;
des moufles en cuir souple pour mettre sur les gants;
des chaussures type ski cirés à la cire d'abeille mais non graissés.

d) l'alimentation : Hardy et Richet indiquent des rations de 4.000 calories pour un travail léger et 5.500 et plus pour un labeur dur en région froide. Où prendre ces calories supplémentaires, surtout énergétiques ? Pour un effort ou un effet immédiat, on pourra préférer le sucre et les glucides vite diffusibles, mais pour l'action prolongée les graisses semblent le meilleur rendement. L'alcool modérément peut apporter une contribution d'appoint et peut parfois pallier à l'urgence. La question de l'invitamanation assez controversée, l'est peu dans notre cas d'un soldat en pleine activité : un apport large de vitamines hydrosolubles surtout doit être envisagé.

Le Dr Latarget qui s'occupa de l'alimentation de l'Expédition polaire Française P.E. Victor, a noté que les rations de « raid » idéales correspondaient dans ce cas à un minimum calorique de 4.500 calories (allant jusqu'à plus de 5.500) avec les poids relatifs suivants :

Pour 1 gr. de protides, 1,27 de lipides et 3,4 de glucides
ou 1,45 » » » 4,5 » »

On donnait antérieurement dans ces circonstances 1 gr. de protides pour 2 gr. de lipides et 3 gr. de glucides alors que la ration normale en pays tempéré est généralement dans les proportions : 1 de protides, 0,8 de lipides et 6,5 de glucides.

Les rations polaires concentrées comprenaient : pemmican, jambon fumé, beurre, biscuit, sucre, fromage, fruits secs, nougat, lait entier, en poudre, thé, café type nescafé, vitamine C en comprimés. Elles se sont révélées trop pauvres en lest et on dut leur adjoindre du porridge danois.

e) l'effort musculaire est indispensable dans la lutte contre le froid. On sait que le mouvement peut être générateur d'hyperthermie : une marche de 4 à 6 km., même sans fatigue, élève la température du corps de 0°,5 par exemple. Si comme l'a noté dans sa vaste enquête Ellsworth Huntington, le rendement optimum du travail est obtenu par une température ambiante de 15-17°, il n'en reste moins que avec un rendement appauvri, le travail est une nécessité aux échelons arctiques. Une expérience pratique de Wyndham et Mac Donald, est particulièrement suggestive : Vers 0°, avec des vêtements spéciaux de type *arctic*, le sujet se refroidit au repos et ses mains exposées, atteignent une température locale basse qui les rend inutilisables : le simple exercice général excitant la régulation thermique globale, en permet le réchauffement rapide.

Cependant, malgré toutes ces pratiques minutieuses, on peut observer des *accidents dus au froid.*

Les uns sont légers et locaux d'apparence : onglée, phlyctènes, ulcérations, lupus érythémateux, gelures, névrites, etc..., le réchauffement, des applications locales de topiques, les vasodilateurs, une vitaminothérapie intensive en sont les principaux traitements.

Les autres sont plus généraux :

Psychiques, ils sont différents suivant l'époque de l'année. Pendant la « nuit polaire », il y a ralentissement de l'activité cérébrale avec une tendance à la dépression et à la mélancolie. Il n'en est pas de même pendant le « jour » où le moral remonte nettement.

Physiques, ils sont variées : Le cas le plus grave reste le « coup de froid » véritable forçage du métabolisme conduisant à des chutes angoissantes de la température centrale. La ranimation est possible mais il est nécessaire de rappeler que si respiration artificielle, frictions énergiques, réchauffement avec ou sans balnéation chaude, sont utiles et efficaces, il ne faut point perdre de vue les observations de Pouchet montrant que dans les régions congelés du corps, le sang subit un certain laquage et que le rétablissement trop rapide de la circulation peut être cause d'embolies mortelles. Du point de vue thérapeutique on retiendra les quelques notions physiologiques suivantes :

L'adrénaline a un rôle stimulant de la thermogénèse certain comme l'ont montré divers auteurs : Le Franc, Cannon, Thibault, etc.

Dans la corticosurrénale, le refroidissement abaisse la teneur en acide ascorbique et en cholestérol; les II-oxy corticostéroïdes comme

les II-17 oxystéroïdes semblent jouer un rôle aussi dans lutte contre le froid. De plus, thyroxine et adrénaline, thyroxine et cortisone semblent potentialiser leurs actions dans cette protection.

Moins graves sont certaines réactions limitées : on peut observer une élévation de la T.A. minima surtout, une hyperglycémie, l'hémo concentration (BINET et CARDOT) avec parfois rétention d'eau dans le tissus cellulaire sous-cutané (KAYSER) véritable réaction de défense permettant la réduction de la perte d'eau cutanée et le refroidissement par vaporisation.

Il nous faut parler de l'hypersensibilité à certaines maladies aiguës provoquées par le froid ambiant. Si la fameuse expérience de PASTEUR rendant sensible au charbon un animal réfractaire tel la poule, par simple immersion des pattes dans l'eau froide est suggestive, si CIUCA, H. VINCENT ont pu réaliser un fait du même ordre pour le tétanos, si DONATH et LANDSTEINER ont pu mettre en évidence l'augmentation des hémolysines par le refroidissement, nous ne pouvons conclure que le froid est à l'origine des maladies infectieuses aiguës — surtout respiratoires — qu'on peut rencontrer en plus grand nombre en particulier après certains incidences météorologiques : le froid favorise la localisation de la maladie mais ne conditionne pas cette dernière.

L'acclimatement en pays froid ne se réalise pas également pour tous les sujets. Certaines races, plus ubiquitaires que d'autres, s'adaptent aisément. Quelques-unes sont bien plus réfractaires. C'est ainsi que les hommes de souche Normande transplantés au Groënland au Moyen-Age ont vite dégénéré. En revanche les Russes Slaves ont mieux tenu en Sibérie. Il n'est pas que des Blancs qui s'adaptent d'ailleurs au froid; la race nègre qui s'est fort bien acclimatée aux régions subtropicales des Etats du Sud de l'U.S.A., a pu aussi bien prospérer en pays froids témoins les 17.000 noirs vivant de nos jours au Canada.

D'aucuns ont pensé que des individus orginaires de régions montagneuses pouvaient mieux s'adapter aux climats polaires ou subarctiques : il y a cependant des grandes différences climatériques entre hautes altitudes et régions arctiques; divergences barométriques d'insolation, de ventilation, etc....

Deuxième cas : Les mêmes soldats sont transportés en pays très chaud.

Le climat tropical ne se caractérise pas seulement par sa température élevée mais encore par la radiation solaire qui est intense avec une faible inégalité des jours et des nuits; les vents et les pluies ont une allure paroxystique et l'hygrométrie est généralement haute. A ce point de vue, on peut opposer, au climat tropical proprement dit, un climat désertique où la chaleur est sèche et la pluie très rare. Il sied donc de distinguer les réactions en chaleur humide et en chaleur sèche, et l'on sait déjà que c'est la première qui éprouve le plus.

Contre les

infections intestinales

Enfants : 20 à 50 gouttes
Adultes : 50 à 200 »
par jour dans un liquide quelconque avant les repas

ANIODOL INTERNE

Remboursable A. S.

Laboratoires de l'Aniodol
3 à 9, Rue des Alouettes
NANTERRE

Au choc climatique l'organisme répond d'abord par un acte vaso-moteur : ainsi, d'une part la vasodilatation périphérique fait affluer le sang vers la peau où se feront les échanges thermiques et, d'autre part, cette augmentation de teneur en eau, en élevant la conductibilité du tégument, va favoriser l'émission calorique. CORDIER montre que cet afflux sanguin peut être 50 fois supérieur à la normale et c'est ainsi que la perte calorique peut être triplée à 35° par rapport à son chiffre à 5°. Pour compenser cette déplétion de la masse sanguine circulante, l'organisme procède à une dilution du sang (Barbour) grâce à un mouvement de l'eau du secteur intracellulaire vers le secteur extra cellulaire.

L'eau ainsi déplacée pourvoira aux réactions d'élimination aqueuse : perspiration insensible et surtout sudation, c'est la vaporisation de la sueur qui est la source véritable du froid et l'on voit ainsi que les « frigories » ne sont pas le fait de notre moteur (qui, lui, fabrique toujours des calories), mais la conséquence d'un phénomène purement physique se passant au contact de notre peau et fonction des conditions météorologiques extérieures : saturation de l'atmosphère, mouvement de l'air, pression barométrique, etc. On conçoit dès lors, qu'en particulier, plus l'air est humide et plus le phénomène se trouve entravé, nous obligeant à transpirer encore plus abondamment. En fin de compte, le premier acte de lutte contre la chaleur est la mobilisation des réserves d'eau et la thermolyse se trouve dominée par le facteur sudation.

HUNT avait calculé qu'un adulte consommant 3.500 cal., vivant dans une cenceinte à 37°, doit évaporer par 24 heures, huit litres d'eau pour se maintenir en équilibre thermique. D'ailleurs, il a bien été noté que des Européens séjournant dans l'Inde Centrale souffraient de la soif dès que leur consommation hydrique tombait au-dessous de treize litres quatidiens. Dans une expérience très précise de BRUNSTEYN, on voit que l'élévation de la température ambiante de 10° à 31° avec diminution concomitante de l'humidité relative de 58 à 29 %, fait augmenter les pertes d'eau : chez l'homme de 38,1 à 65,8 grammes/heure et, chez la femme de 29 à 44,3 grammes/heure. Si l'on songe que la vaporisation d'un litre de sueur nécessite une perte de chaleur de 580 calories, on peut calculer que l'homme de HUNT, pour son débit, a rejetté en 24 heures environ 4.640 cal. !

Mais la sudation n'élimine pas que de l'eau : elle entraîne, avec elle, des électrolytes, divers déchets, et, peut-être, quelques autres substances importantes (vitamines hydrosolubles ?) Parmi les électrolytes, Cl et Na représentent, en ClNa 2 à 3 gr. par litre chez un sujet quasi immobile, plus encore en cas d'activité, de travail soutenu. C'est ainsi que DILL faisait en 1935 les constatations suivantes dans les aciéries de Youngstown : en 8 heures de travail, un ouvrier boit 5 litres d'eau et en transpire 6, entraînant, avec la perte hydrique près de 30 gr. de NaCl. ! Ainsi s'expliquaient l'asthénie et surtout les « crampes

de chaleur » souvent observées chez les travailleurs : la fourniture d'eau très fraîche, aux mêmes quantités, mais contenant 1 gr. par litre de sel suffit à prévenir ces troubles.

Dès lors se trouve posé le problème de la « fuite salée » en climat tropical. Pille a longuement étudié le problème. Il a montré qu'on peut établir une élimination basale représentant la différence entre l'apport alimentaire et l'élimination rénale pour un sujet au repos, et qui, dans les conditions torrides, pour un Blanc, est représenté par le chiffre de 5,2 gr. environ, proportionnel, en gros, à la surface de sudation.

Le travail, bien entendu, élève rapidement ces besoins en sel, en augmentant cette sudation.

On imagine facilement ainsi les troubles graves du métabolisme de l'eau dus à la migration des électrolytes, car l'eau extra-cellulaire devenant de ce fait hypotonique, provoque la déshydratation consécutive du secteur intra-cellulaires. L'introduction massive d'eau pour combattre la soif ne peut, dès lors, qu'aggraver les troubles si elle ne s'accompagne pas de l'administration concomitante de chlorure de sodium, autant que possible en fonction des pertes enregistrées.

Il n'y a d'ailleurs pas à envisager que des pertes chlorosodiques mais encore des pertes alcalines qu'il faut aussi compenser : l'expérience de Binet et Morin ressuscitant des poissons en état de mort apparente après exposition à la chaleur, par le seul effet du bicarbonate de soude, nous incite à joindre ce sel au NaCl.

Ce sont tous ces éléments pathogéniques qui expliquent les accidents qui peuvent survenir en pays chaud. A côté du « *coup de chaleur* » (heatstroke) bien connu des coloniaux et des militaires, lors surtout des grandes marches en plein été (Lacassagne), on observe toute une série de syndromes plus ou moins délimités depuis l'*anhydrose thermique* grave survenant après une sudation profuse, jusqu'aux faits décrits sous le nom de *heat-exhaustion* et *heat prostration* par les Anglo-Saxons (Taylor, Sams, Morton, Shepherd, etc.) au cours de la dernière guerre : on note ainsi une longue liste de symptômes : asthénie, hypotension, anorexie, vomissements, crampes, diarrhées, déshydratations à divers degrés, température subnormale ou hyperthermie, oligurie hyperazotémie, hémoconcentration, hypomnésie, incapacité de concentration, irritabilité, etc., on reconnaît ici les éléments pathogéniques : pertes hydriques, électrolytes, troubles de la régulation thermique et de l'appareil régulateur neuro-endocrinien.

Il faut mettre l'accent sur l'extrême labilité des obèses devant travailler en climat tropical, comme l'a fait Robinson : en effet, la perte de chaleur par vaporisation étant proportionnelle à la surface du corps et le poids étant fonction du volume, la production de chaleur, dans ce cas croît plus vite que ne le permet le refroidissement.

La *prévention* de tels troubles est parfois difficile car on ne peut mettre un corps expéditionnaire militaire au repos strict et l'on sait l'importance de l'effort musculaire dans la production calorique. Il faut, en tous cas, se préoccuper de la protection contre la chaleur et la radiation ambiantes : locaux aérés avec mouvement actif de l'air, port de visières et de lunettes, habillement ad hoc. A ce sujet, les études très poussées d'auteurs américains comme ROBINSON et BEDLING, ou LEE, ont montré qu'un tissu de pope'ine à trame serrée était supérieur aux tropicales étoffes croisées à tissage lâche ou alvéolaire.

Les vêtements, cependant, gagneront à être amples afin de donner plus de volume à la zone d'air tampon emprisonnée par eux; ils doivent en outre constituer un *filtre* véritable non seulement *thermique* mais encore *actinique* (intérêt des couleurs blanches ou b'eu-clair) et *électro-magnétique.*

L'alimentation pose aussi un problème délicat; c'est à tort qu'on a cru qu'il fallait limiter l'apport alimentaire et, plus particulièrement celui des graisses. Les besoins de base sont toujours les mêmes aux meilleures latitudes comme aux tropiques; au contraire, certains besoins qualitatifs se trouvent augmentés tel le cas des vitamines C et B qui favorisent à la fois le métabolisme exacerbé et, surtout la première, le redressement du déficit hormonal surrénalien résultant de la réponse à des stresss trop répétés.

Contrairement à ce que l'on a pu pensé, en effet, le M.B. n'est pas très différent aux tropiques de ce qu'il est en pays tempéré pour les Blancs transplantés. S'il existe des différences, elles sont minimes comme l'ont noté BOUCKAERT au Congo Belge, PALÈS à Dakar, VISCO et GENA en Lybie, de CASTRO pour les sertao du N-E à climat subdésertique. Et celà se conçoit bien quand on songe que, si la ration d'entretien peut être plus faible en Pays chaud, la ration de travail doit être plus forte car elle coûte plus au point de vue énergétique dans ces climats : c'est ce qui résulte bien de l'observation de YOUNG où il est démontré qu'un travail même d'apparence insignifiant, suffit à accroître le M.B. d'une façon persistante. Et c'est pour celà, sans doute, que KNIPPING avait noté que, dans la première semaine de séjour en climat tropical, le Blanc voyait sont M.B. légèrement élevé.

Contre les *accidents* déclarés, il faut évidemment mettre le sujet au repos, créer une atmosphère conditionnée ad hoc et tacher de combattre les troubles de la régulation thermique En dehors des moyens classiques, les nouvelles pratiques d'hibernation pharmacodynamique ouvrent ici de larges perspectives.

Le problème de l'*acclimatement* en pays chaud reste assez complexe : comme toujours, il est des sujets inadaptables. D'autres heureusement peuvent réaliser une certaine tolérance au climat qui leur permet d'assurer leur vie et leur travail dans de tels lieux. Certains exemples sont fameux : tel le cas des Hollandais établis à Saba aux An-

PRIVADOL

LABORAL

ANALGÉSIQUE ATOXIQUE

SANS ASPIRINE
NI PYRAMIDON

3 Formes

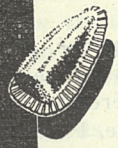
PRIVADOL
cachets

SÉDATIF DE LA DOULEUR



PRIVADOL
suppositoires

ANTIPYRÉTIQUE - ANTALGIQUE



PRIVADOL ASCORBIQUE
comprimés

MÉDICATION DE LA GRIPPE



LABORATOIRE DE L'AEINE
Service médical • 6, pl. Clichy, Paris 9e • Pig. 63-03

tilles depuis 1640, et qui ont bien prospéré (HINTZE) tels celui des Français installés à la Réunion.

Ainsi que le souligne MILLS, l'acclimatement ne se fait pas rapidement. Si au bout de 3,5 ou 8 jours, on arrive à équilibrer les phénomènes régulateurs vaso-moteurs conditionnant déperdition de chaleur cutanée et sudation, il faut un bien plus long terme (plusieurs semaines ou plusieurs mois) à l'acclimatation en quelque sorte métabolique qui fait intervenir le jeu délicat du réseau endocrinien.

L'*adaptation* tend à réaliser ce que les peuplades tropicales ont pu elles-mêmes modifier à travers les siècles. L'homme tropical a en général un M.B. plus faible que celui de l'habitant des climats tempérés ou froids (OZORIO de ALMEIDA). LAPICQUE avait vu aussi que Malais et Abyssins avaient moins besoin de chaleur que les Européens. De CASTRO indique que dans les régions chaudes et humides d'Amazonie le M.B. des autochtones est inférieur de 20 % au standard normal. Cependant, VISCO et GENA trouvent qu'Arabes et Noirs en Libye avaient des besoins semblables voire supérieurs de 10 % aux normes acceptées en Europe ou aux U.S.A.; de même, PALÈS à Dakar conclue dans un sens très voisin.

Mais l'intérêt se porte plus vers les échanges chlorurés en fonction de l'adaptation. Si l'Européen en période d'acclimatement, émet des sueurs de moins en moins salées, le Noir semble peu éprouvé par des sudations pourtant abondantes et d'ailleurs ses besoins en eau sont moindres que ceux des Blancs. Il faut aussi bien dire qu'ayant plus de goût vers le sel il a tendance à en consommer spontanément des quantités suffisantes.

D'aucuns pensent aussi que la raison essentielle est qu'il reste la peau nue. TALBERG (1922) avait constaté que la sueur sécrétée par la peau vêtue était presque deux fois plus concentrée en sel que celle de la peau découverte, c'est ce qui avait fait dire à Graham LUSK (1928) que tel était l'argument décisif contre le port de vêtements aux Tropiques.

Il reste de tout celà cette idée primordiale que vie et productivité sous les Tropiques sont pratiquement dominées par la nécessité du sel, rejoignant ainsi les errements des vieilles préoccupations des gens du désert allant à la quête de cette denrée précieuse élevée même au rang de monnaie d'échange. Il faut, en effet, une véritable ration de luxe de 15 à 20 gr. supplémentaires pour effectuer un travail moyen et plus encore si l'effort doit être plus soutenu sous de tels climats. C'est pourquoi les Armées Alliées et, peut-être, avant elles, les troupes Japonaises, consommaient en Pays chauds ces tablettes ou ces dragées « contre la soif et la fatigue » et qui ne contenaient que du sel.

*
* *

Nous n'avons, dans cette brève étude, qu'ébauché à grands traits, ces réactions de l'individu sain adulte — tel le soldat — transporté très

vite, grâce aux moyens de plus en plus accélérés dont nous disposons, d'un climat originel, en général tempéré, vers des climats rigoureux par excès de chaleur ou de froid. Elle permet, en tous cas, de fixer les idées sur les responsabilités encourues et sur les mesures qu'il faut savoir prendre non seulement pour réaliser utilement la protection sanitaire des hommes transplantés, mais pour leur permettre d'accomplir avec efficience leur mission.

Maurice Uzan.

(Causerie faite à l'Ecole de Perfectionnement du Service de Santé Militaire de Tunisie. Tunis, 24 février 1954).



Ministère de la Santé Publique

—o—

AVIS DE CONCOURS

—o—

Un concours *sur titres* pour le recrutement de sages-femmes de la Santé Publique, aura lieu le 15 avril 1954, au Ministère de la Santé Publique, à Tunis. La date de clôture du registre des inscriptions est fixée au 15 mars 1954.

Pour tous renseignements s'adresser au Ministère de la Santé Publique, 27, Boulevard Bab-Bénat à Tunis.

—o—

CARNET

Deuils

Nous avons appris avec tristesse le décès survenu à Ferryville de notre confrère le Dr Adrien.

Nous présentons toutes nos condoléances et l'expression de notre sympathie à sa famille.



TUNISIE : H. Bonan — 34, Rue de Marseille — Tunis

CONES

Solubles Antiseptiques

RENDELL

Ovules de forme particulière (modèle déposé)
facilitant leur utilisation et assurant leur conservation aseptique

●

ACTION SPECIFIQUE SUR LES BACTERIES
ET LES PROTOZOAIRES
DES VOIES GENITALES FEMININES

●

PREVENTION ET TRAITEMENT DE TOUTES
LES INFECTIONS D'ORDRE GYNECOLOGIQUE

●

VAGINITE A TRICHOMONAS

ECHANTILLONS GRATUITS SUR DEMANDE

GYNAZUR

Poudres : 30 sachets

HYGIENE VAGINALE

Laboratoire des Produits W. J. RENDELL S. A. R. L.
BUREAUX : 61, rue Damrémont — PARIS-18e
USINE à Colombes (Seine)

Dépositaire pour la Tunisie :
H. VALENSI, pharmacien, 44, Avenue Jules-Ferry, TUNIS.

INFORMATIONS

Congrès International de Gynécologie et d'Obstétrique, Genève

26 AU 31 JUILLET 1954

Deuxième communiqué de presse

Le Bulletin d'information vient de paraître; il contient tous les détails d'organisation et peut être demandé au Secrétariat général, Maternité, Genève, ou dans toutes les agences de l'American Express Company.

Les conférences magistrales seront faites par MM. les Prof. BUTENANDT (Tubingue), CASPERSSON (Stockholm), HOUSSAY (Buenos-Aires), OBERLING (Paris), PENROSE (Londres), SIGERIST (Yale et Zurich), WARKANY (Cincinnati). 30 à 35 gynécologues éminents du monde entier présenteront des rapports sur le thème général de la prophylaxie en gynécologie et obstétrique et 100 à 120 rapporteurs adjoints compléteront les exposés et les discuteront.

Les orateurs pourront s'exprimer à leur choix dans l'une des cinq langues officielles du Congrès, le français, l'anglais, l'allemand, l'espagnol et l'italien; l'interprétation simultanée par ondes courtes et par casques se fera en français et anglais.

Un programme de 60 communications libres, non traduites, est en préparation.

Les expositions scientifique et technique suscitent le plus grand intérêt et de nombreuses inscriptions sont déjà parvenues.

Plusieurs films scientifiques ont été annoncés pour être présentés en première vision au cinéma du Congrès.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat du Congrès, Maternité, Genève.



Laboratoires J. LAROZE _ 54, rue de Paris _ Charenton (Seine)



IVe Congrès de l'Association Internationale pour l'étude des bronches

GENEVE, 5-6 JUIN 1954

—o—

Cet important Congrès qui se tiendra à Genève, sous la présidence du Prof. MONTANDON, directeur de la Clinique Universitaire d'O.R.L., de Genève, au printemps prochain, a mis à l'ordre du jour de ses séances les questions suivantes (chaque question étant traitée par 3 rapporteurs) :

1. **La vascularisation sanguine des bronches** — Rapporteurs : Prof. BRUNI (Milan), Prof. Von HAYEK (Vienne) et Prof. agr. LATARJET (Lyon).

2. **La place nosologique des « adénomes bronchiques de Jackson »** — Rapporteurs déjà annoncés : Prof. Von ALBERTINI (Zurich); Prof. agr. Dr GALY (Lyon).

3. **Les indications et les résultats des traitements chirurgicaux des bronchiectasies** — Rapporteur déjà annoncé : Prof. BRUNNER (Zurich).

Pour tous renseignements, s'adresser au Prof. A. MONTANDON, Clinique Universitaire d'O.R.L., Hôpital Cantonal, Genève.

——o——

La "Revista Brasileira de Gastroenterologia"

La « Revista Brasileira de Gastroenterologia » commémorant le premier lustre de sa fondation (1949-1954) réalisera le 15 juillet 1954 son premier concours. Ce concours consistera en la présentation d'un article original sur la gastroentérologie, la proctologie, médicale ou chirurgicale, ou sur un thème s'y rattachant.

A l'auteur du meilleur article, il sera alloué un prix de dix mille cruzeiros, soit environ 200 dollars, ainsi qu'un Certificat de Mérite, qui seront remis à l'intéressé par le canal du Ministère des Affaires Etrangères. Il sera en outre concédé des Mentions honorables aux médecins dont les articles seront jugés valables.

Tous les articles relatifs au « Prix du Premier Quinquennium » ne pourront pas dépasser 15 pages de la taille de 22 x 29 cm., écrits à la machine, espace 2 et pourront être redigés en n'importe quelle langue, suivis d'un résumé et remis en triple exemplaire, le tout accompagné d'une lettre d'envoi. Les articles et les lettres devront être adressés à l'Editeur jusqu'au 1er mai 1954.

La Commission organisatrice du concours espère recevoir les adhésions des collègues sud-américains, nord-américains et européens. Pour toute information s'adresser à l'Editeur.

Dr Manoel F. GARCIA (Editor), Av. Graça Aranha, 81 — 8o andar — Salas 812/815 — Rio de Janeiro — Estados Unidos do Brasil.

LIVRES REÇUS

Les réactions organiques non spécifiques en Dermatologie publié sous la direction de Jacques CHARPY. Colloque de la filiale marseillaise de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie (Marseille, 19, 20, 21 octobre 1951). Un volume de 524 pages, 100 figures et 18 tableaux (16,5 x 25). Masson et Cie, Editeurs, 120, Bd St-Germain, Paris-6e

Cet ouvrage présente les compte-rendus complets — rapports, communications, discussions — de l'important colloque tenu à Marseille en octobre 1951 par la filiale marseillaise de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie. Le sujet traité : les réactions organiques non spécifiques, est défini ainsi dès le premier exposé, par J. CHARPY et G. TRAMIER :

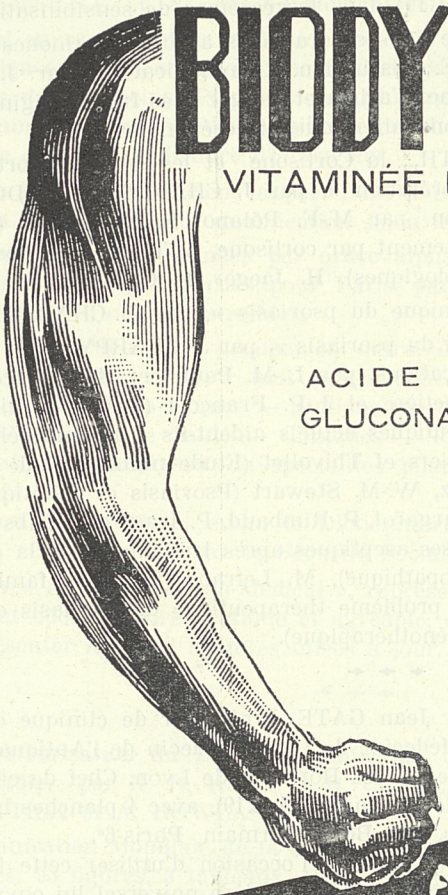
« Précisons immédiatement que le terme est pris exclusivement dans le sens de spécificité étiologique. Les réactions non spécifiques, c'est l'ensemble des réponses organiques, tissulaires ou hormonales qui apparaissent sous des formes identiques, quel que soit l'agent agresseur qui les ait sollicitées ».

Questions traitées :

1. « Les réactions cutanées non spécifiques. Position du problème. Mécanismes », par J. CHARPY et G. TRAMIER. Discussion, communications, par A. Tzanck et C. Albahary; W.-M. Stewart (Un cas clinique remarquable de phénomène de Sanarelli-Shwartzman); L.-M. Pautrier; H. Jaeger; J. Charpy, G. Tramier et E. Calas (Quelques essais de médications non spécifiques en thérapeutique dermatologique).
2. « Réflexions sur le syndrome d'irritation », par G. TARDIEU.
3. « Le Syndrome général d'adaptation », par H. SELYE et R. GUILLEMIN. Discussion, par G. Tardieu; M. Wahl (A propos des conditions des effets des hormones cortico-surrénales et des dysréactivités sériques au cours des infections générales aiguës).
4. « Les « Maladies de l'adaptation » de H. Selye », par F. COSTE. Discussion, par L.-M. Pautrier, J.-A Barre, J. Charpy.
5. « Une conception pathogénique d'ensemble de la médecine (Médecine intégrative, neuro-ergonologie, pathologie corrélative et arelative, Diencéphale. Agressologie) », par M. MOSINGER.
6. « Les Facteurs de diffusion et leur contrôle hormonal », par M. BOUREL. Discussion, par F. Coste, C. Grupper, P. de Graciansky, J. Charpy, M Bourel.
7. « L'inflammation et la cortico-surrénale », par P. DUCOMMUN. Discussion, par F. Coste, M. Mosinger.
8. « Les maladies du tissu conjonctif en dermatologie », par P. CAZAL et P. IZARN. Discussion, par L.-M. Pautrier, F. Coste, C. Grupper, P. de Graciansky, M. Mosinger.

BIODYNAMINE

VITAMINÉE D2 GLUTAMIQUE



PHOSPHORE
STRYCHNINE
VITAMINE D2
ACIDE GLUTAMIQUE
GLUCONATE DE COBALT

ASTHÉNIE
CONVALESCENCES
SURMENAGE INTELLECTUEL

REMBOURSABLE AUX A.S.

LABORATOIRES OBERLIN 17 RUE CADET PARIS

9. « L'Allergie en dermatologie dans ses rapports avec la cortico-surrénale », par B. PIGUET. Discussion, par A. Tzanck et E. Sidi (Recherches sur la cortisone et l'ACTH dans les eczémas de sensibilisation).
10. « L'Allergie en dermatologie dans ses rapports avec les hormones génitales », par P. TEMIME. Discussion. Communication, par J. D. Romani, F. Coste, P. Temime; Vachon et Saugaz (Les frottis vaginaux dans certaines manifestations allergiques : eczéma, prurit).
11. « Les traitements par l'ACTH, la Cortisone et les dérivés cortico-surrénaliens. Essai d'interprétation », par J. CHARPY, L. ODDOZE et G. TRAMIER. Discussion, par M.-F. Polano; E. Carpentier (Observations relatives au traitement par cortisone, ACTH et salicyles de quelques affections dermatologiques), H. Jaeger, F. Coste.
12. « Le problème étio-pathogénique du psoriasis », par J. CHARPY.
13. « Le problème thérapeutique du psoriasis », par J. CHARPY et E. CALAS. Discussion. Communications, par L.-M. Pautrier; M. Monacelli; C. Albahary, R. Aron-Brunetière et J.-P. François (Les faits étiologiques, cliniques et thérapeutiques actuels aident-ils à la compréhension du psoriasis ?), H. Thiers et Thivollet (Etude numérique de 130 cas de psoriasis), C. Huriez, W.-M. Stewart (Psoriasis et diététique); A. Marchal; H. Jaeger; J. Margarot, P. Rimbaud, P. Izarn et J. Ribstein (Erythrodermie et pyarthroses aseptiques après traitement par la cortisone d'un psoriasis arthropathique), M. Lefranc (Psoriasis familial et conjugal), P. Valette (Le problème thérapeutique du psoriasis considéré d'un point de vue crénothérapique).

✦ ✦ ✦

La thérapeutique tissulaire, par Jean GATE, Professeur de clinique dermatologique à la Faculté de Médecine de Lyon, Médecin de l'Antiquaille et René VACHON, Ancien interne des Hôpitaux de Lyon, Chef de clinique à la Faculté. Un volume de 144 pages (14,3x19), avec 4 planches hors texte. Masson et Cie, Editeurs, 120, Bd St-Germain, Paris-6e.

Les Auteurs ont eu depuis quatre ans l'occasion d'utiliser cette thérapeutique en dermatologie; et comme son caractère universel lui ouvrait l'immense champ médical, ils ont poussé leurs études dans d'autres domaines de la pathologie : ophtalmologie, otologie, médecine générale, chirurgie. Rassemblant le maximum de faits contrôlés, ils ont fait une mise au point sincère de la question qui leur permet de dégager quatre conclusions :

1° la thérapeutique tissulaire est bénigne;

2° elle est douée d'une incontestable activité;

3° les indications précises sont difficiles à fixer;

4° l'esprit de cette thérapeutique est original; il traduit une conception plus profonde et plus totale de la pathologie.

Les applications de la thérapeutique tissulaire sont étudiées successivement dans chacune des spécialités où elle s'exerce.

✦ ✦ ✦

L'Ordo-Médical. Tableau des Corps de Santé et Dictionnaire des Spécialités. 3e Edition. Relié. Prix spécial aux Médecins : 1.450 francs Franco. Editeur : S.E.D.I., 27, rue du Mont-Thabor, Paris-1er, Tél. OPE. 86-02.

Cet ouvrage, dont la 3e Edition vient de paraître, réunit sous une présentation élégante, en un volume de 2.000 pages, les tableaux officiels des Ordres des Médecins, Pharmaciens, Chirurgiens-Dentistes et Sages-Femmes, ainsi que la liste des Auxiliaires médicaux, aussi bien pour la Métropole que pour la France d'Outre-Mer.

La liste des praticiens appartenant à ces différents Ordres comportent la mention de leur qualification selon les homologations des Ordres.

Ces listes sont données par ordre alphabétique, puis par spécialités et, enfin, classées par rues pour Paris, par départements pour la Province et la France d'Outre-Mer.

« L'Ordo-Médical » groupe, en outre, de nombreux renseignements utiles aux praticiens pour tout ce qui concerne leur profession : Structure sanitaire de la France — Stations thermales et climatiques — Hôpitaux — Maisons de Santé — Cliniques — Professions para-médicales — Laboratoires d'analyses, de spécialités pharmaceutiques et de Prothèse dentaire.

L'ouvrage contient enfin, le Dictionnaire des spécialités pharmaceutiques, remboursables par la Sécurité Sociale et non remboursables.

Ainsi conçu, l' « Ordo-Médical », représente pour le praticien un instrument documentaire pratique et agréable, dont chaque Edition s'efforce de présenter les plus récentes mises à jour.

✦ ✦ ✦

La Pasteurisation du Lait : Organisation, Installations, Exploitation et Contrôle, par H. D. KAY, J. R. CUTTELL, H. S. HALL, A. T. R. MATTICK et A. ROWLANDS.

Organisation Mondiale de la Santé : Série de Monographies, N° 14, 222 pages, 93 figures, 3 tableaux. Prix : Fr. fr. 800, Fr. s. 10, 12/6, $ 2,50. Il existe également une édition anglaise.

Une monographie, abondamment illustrée, sur la pasteurisation du lait vient de paraître dans la Série de Monographies de l'Organisation Mondiale de la Santé. Il s'agit là d'un ouvrage publié conjointement par la FAO et par l'OMS et qui donne une synthèse des renseignements les plus récents sur les divers stades de cette opération, depuis l'organisation d'une usine moderne de pasteurisation jusqu'à l'élaboration de la législation relative à la manipulation et au traitement du lait.

La condition essentielle, en matière de pasteurisation, est de disposer d'une laiterie bien conçue et bien équipée. La monographie fournit un exposé complet des problèmes que posent la détermination de l'emplacement des installations, le choix des méthodes à appliquer, la disposition des locaux et la sélection des matériaux de construction. Elle décrit aussi les trois techniques de pasteurisation les plus communément pra-

ANTIBIOTIQUE DERMATOLOGIQUE DE SYNTHÈSE

Exofène

2, 2' - DIHYDROXY - 3, 5, 6, 3', 5', 6' - HEXACHLORODIPHÉNYLMÉTHANE

MIDY

1718



NOUVEAU

Efficacité des antibiotiques fongiques sans risques d'eczématisation ni de sensibilisation

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

DRAEGER

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

tiquées et le type d'installations correspondant à chacune d'elles. D'autre part, elle traite en détail de l'exploitation de l'usine et définit de façon précise les normes applicables aux différentes opérations qui précèdent ou qui constituent la pasteurisation.

Un contrôle au laboratoire est indispensable, à toutes les étapes de la pasteurisation. La monographie indique les diverses épreuves pratiquées, les appareils nécessaires, et donne toutes autres indications utiles à cet égard.

Si l'on veut que la pasteurisation du lait présente le maximum d'utilité pour la collectivité, il y a lieu d'édicter des normes visant la manipulation et le traitement du lait et de prévoir des services et des laboratoires de contrôle. La monographie traite également de cet aspect de la question et indique les principes à suivre dans l'élaboration de la législation pertinente.

Ed. du CARQUOIS

Le pansement de marche

ULCÉOPLAQUE

du Docteur Maury

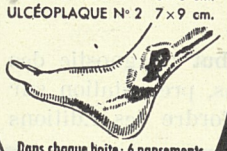
CICATRISE

• PLAIES ATONES
• ESCARRES
• ULCÈRES VARIQUEUX

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

ULCÉOPLAQUE

2 DIMENSIONS :
ULCÉOPLAQUE N° 1 5×6 cm.
ULCÉOPLAQUE N° 2 7×9 cm.



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

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

LABORATOIRE SÉVIGNÉ - R. MAURY. Ph ien, 76, r. des Rondeaux - PARIS

FILMS

Le Cancer de l'estomac au début, par les Drs GUTMANN et J. DAOUD. Film parlant de 30 minutes, en noir. Réalisation du Dr Jean GARNIER, directeur des « Monographies Médicales et Scientifiques », 30, rue des Saints-Pères, Paris-7e.

Ce film, en tous points remarquable, qui vient d'être présenté à la Société de Gastro-Entérologie et à l'Académie Nationale de Médecine, a été réalisé selon une technique très originale.

Il s'agissait de faire défiler pendant 30 minutes, une série de clichés radiographiques, en évitant de lasser le spectateur.

Quatre facteurs ont permis de pallier à cet inconvénient :

1. L'éloquence persuasive de GUTMANN, dont la conférence est un chef-d'œuvre de concision et de clarté;
2. L'intérêt de son incomparable collection radiographique;
3. L'animation très spectaculaire des clichés, dessins et schémas;
4. La parfaite synchronisation, qui était particulièrement difficile.

L'auteur et le réalisateur ont ainsi réussi à transformer un film essentiellement statique en une conférence extrêmement vivante, dont le pouvoir évocateur est tel, qu'elle constitue le type parfait du film d'enseignement.

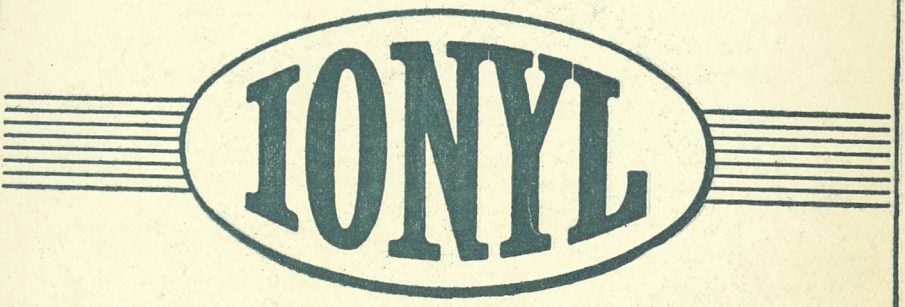
Ajoutons que le Dr GARNIER a eu l'heureuse idée de présenter cette conférence filmée sous forme d'une Monographie spéciale qui constitue le numéro inaugural d'une nouvelle collection : Monofilms. Cette Monographie se déroule exactement comme une bande cinématographique. C'est-à-dire que, d'une part, tous les clichés, dessins et schémas sont placés dans le texte, au fur et à mesure des besoins de la conférence, et ne comportent, par conséquent, aucune légende, et que, d'autre part, le texte ne comprend aucun renvoi aux clichés.

Cette présentation nouvelle facilite indiscutablement la lecture du sujet traité et la compréhension des images.

(Monofilms N° 1 : **Le Cancer de l'estomac au début** (diagnostic des formes ulcérées); 112 clichés radiographiques et dessins, présentation sur papier couché. Prix : 850 francs, franco, règlement à l'ordre des Editions Heures de France, C.C.P. 3470-05 Paris).

Imp. N. Bascone & S. Muscat — 41, Avenue de Londres — TUNIS
Le Gérant : L. Lemoine — 8, Place du 7 Mai 1943 — TUNIS

MÉDICATION
BIO-ÉNERGÉTIQUE
COMPLÈTE

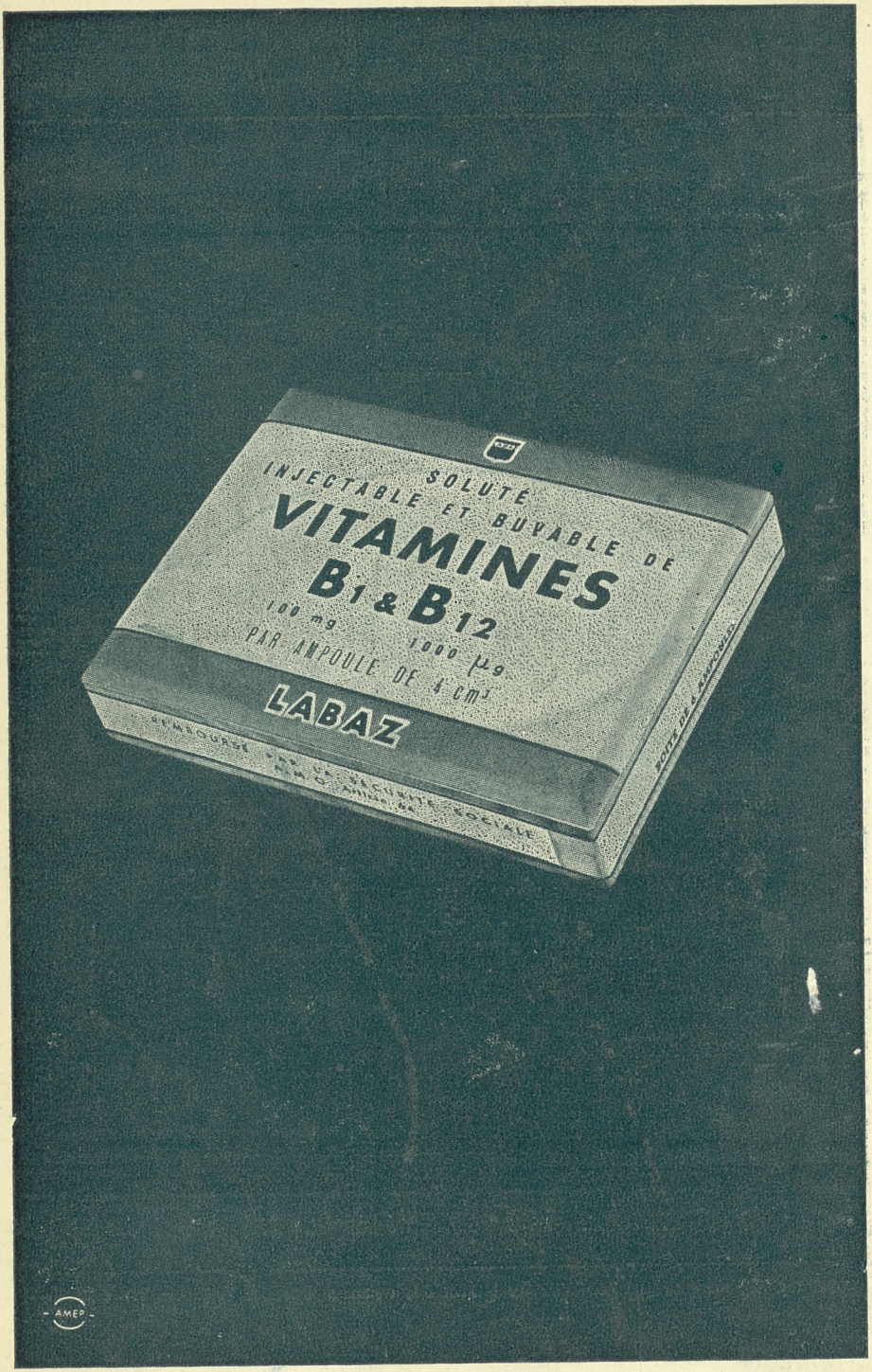


ÉTATS DÉPRESSIFS
USURE ORGANIQUE
NEURO-ARTHRITISME

RÉSULTAT IMMÉDIAT
INNOCUITÉ ABSOLUE

ÉCHANTILLONS ET LITTERATURE : LABORATOIRES "LA BIOMARINE", DIEPPE

AGENT GÉNÉRAL POUR LA TUNISIE : Ets NOTE, 61, avenue Garros, TUNIS — Tél. : 97.090



TUNISIE : Ets NOTE — 61, Avenue Garros — TUNIS - Tél. 97-090

N° 3 Mars 1954

LA TUNISIE MEDICALE

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

et

BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI RÉUNIS

Siège Social : 25, Avenue de Paris — TUNIS

GADÉOL 20

AMPOULE
BUVABLE
SUPPOSITOIRES

VITAMINOTHERAPIE D ET A
SANS RISQUE D'HYPERVITAMINOSE

Biosedra

LABORATOIRE BIOSEDRA - 60, RUE DE ROME - PARIS-8e

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

BIPHÉDRINE

PÉNICILLINE

HUILEUSE AQUEUSE

EPANAL

COMPRIMÉS

SUPPOSITOIRES 1 - 2 - 3 - 5 - 10

NÉO-CODION

SUPPOSITOIRES

GOUTTES DRAGÉES

GASTRO-SODINE

PLURIBIASE

LABORATOIRES DU DOCTEUR E. BOUCHARA, 47, RUE DE BRETAGNE, PARIS III°

XXXIIe ANNÉE - No 3
Mars 1954

LA TUNISIE MÉDICALE

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

et

BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI RÉUNIS

Comité de publication

— Le Rédacteur en Chef ..... Dr M. Uzan
— Le Rédacteur en Chef Adjoint ..... Dr J. Cuénant
— Le Président de la Société des Sciences Médicales ..... Dr Dupoux
— Messieurs les ..... Dr H. Bonan, Dr M. Hadjoudj

Comité de lecture

— Le Secrétaire de la Société des Sciences Médicales ..... Dr A. Sebag
— Le Secrétaire du Conseil de l'Ordre . N.....
— Le Secrétaire du Syndicat Médical Français et Tunisien ..... Dr H. Coursières
— Le Secrétaire du Syndicat des Médecins Tunisiens..... Dr M. Azaïz

Administration : L. Lemoine, 8, passage du 7 Mai — Tunis
Téléphone : 72-55

Publicité pour la France : **Stéphane BATARD**
4, Place de l'Hôtel de Ville - Le Raincy (S.-et-O.)
et 8, Rue Montyon - Paris IXe - Téléph. Provence 68.60

Reproduction interdite
Tous droits réservés pour tous pays

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



EVONYL

CHOLAGOGUE ET CHOLÉRÉTIQUE

Laxatif Doux

ASSOCIATION PHYTO-OPOTHÉRAPIQUE :

Evonymine, Fucus, Agar-Agar, Podophyllin, Extraits biliaires

STIMULE LES FONCTIONS HÉPATIQUES ET LE PÉRISTALTISME INTESTINAL

PRÉSENTATION

Boite de 60 comprimés (dragéifiés)

POSOLOGIE

1 dragée aux 2 principaux repas ou 2 dragées le soir

LABORATOIRES FLUXINE · PRODUITS BONTHOUX · VILLEFRANCHE (RHÔNE)

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

SOMMAIRE (1re Partie)

PAGES

Société des Sciences Médicales 227

Deux cas de fistule cholécysto-colique, par J. Demirleau, A. Hagège, B. Renauld et F. Smadja 229

Radiculo-Névrite et syndrome de Froin, par Cosset 235

Ultra-micro détermination de la glycémie sur 0 cc, 08 de sang digital, par Charles Pérez 241

Cancer cardio-tubérositaire — Gastrectomie totale par voie thoraco-abdominale — Guérison datant de 5 mois, par Roger Koskas 245

Méningite cérébro-spinale résistante aux antibiotiques et très favorablement influencée par la médication lytique, par Faugère 249

Formes pseudo-chirurgicales de Tétanos à bouche ouverte, par André Corcos, Ahmed Sta'Mrad, Mme Zarka-Corcos et Ben Mrad 253

LYSPAMINE-CILAG

Nicotinylamino-diphényléthane et phénobarbital

ANTISPASMODIQUE avec effet analgésique

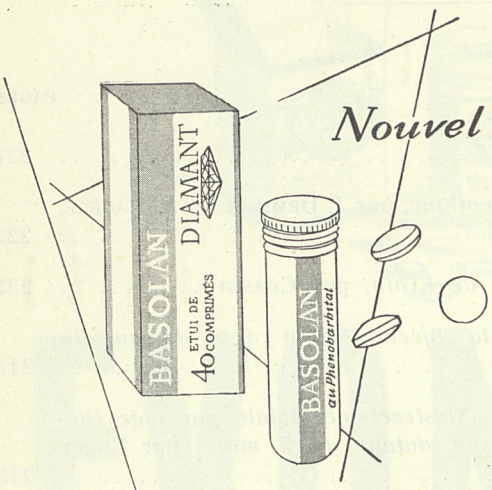
SPASMES VASCULAIRES ET VISCÉRAUX

Remboursable par la Sécurité Sociale

LOBICA

Laboratoires LOBICA - 25, rue Jasmin - PARIS 16e

TUNISIE : M. H. Bonan. 34, Rue de Marseille — TUNIS



Nouvel antithyroïdien

BASOLAN

au phénobarbital

Nouveau corps chimique à action antithyroïdienne inégalée. Bonne tolérance. Posologie réduite. Action sédative rapide, renforcée par le Phénobarbital.

Tube de 40 comprimés dosés chacun à:
1 Méthyl - 2 Mercaptol-Imidazol 0,002 g.
Phénobarbital 0,01 g.

Dose d'attaque: 8 à 12 comprimés par jour.
Dose d'entretien : 3 à 5 comprimés par jour.

DIAMANT

SOCIÉTÉ DES ANTIBIOTIQUES DE FRANCE
67 Boulevard Haussmann - PARIS 8e
TÉLÉPHONE ANJOU 46.30

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

SOMMAIRE (2me partie)

PAGES

Purpura thrombopénique en liaison avec des troubles digestifs, par R. TÉDESCHI et A. ZÉRAH 261

Panorama actuel du Diabète commun, par M. UZAN 267

La réforme des études médicales, par Félix MASSELOT 289

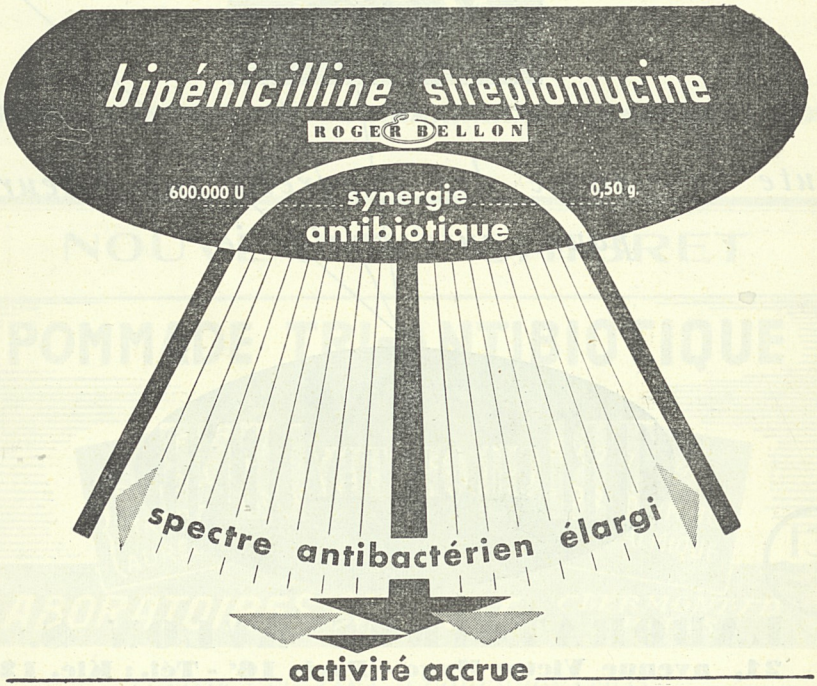
Société de Medecine de Paris 295

Société Médicale des Hôpitaux d'Alger 307

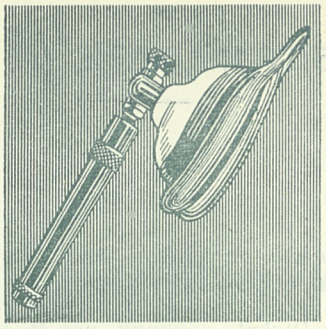
Informations 314

Livres reçus 317

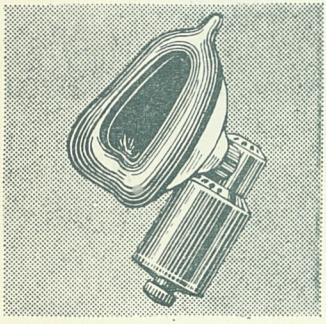
Carnet 320



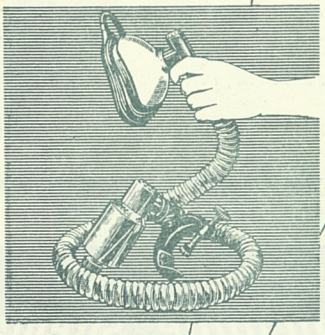
TUNISIE : Ets H. BONAN et Cie — 34, Rue de Marseille — TUNIS



trilène n° 1



trilène n° 2



trilène n° 2
avec montage spécial de fixation

Toute la gamme des appareils inhalateurs pour auto-analgésie

TRI.7

TRICHLORÉTHYLÈNE

ICI

LABORATOIRES AVLON S. A.

21, avenue Victor Hugo - Paris 16e - Tél. : Klé. 12-70

PUBLICIS

CONCESSIONNAIRES DE IMPERIAL CHEMICAL (PHARMACEUTICALS) LTD. FILIALE DE IMPERIAL CHEMICAL INDUSTRIES LTD.

TUNISIE : Ets NOTE - 61, Avenue Garros - TUNIS - Téléphone : 97.090

Société des Sciences Médicales de Tunisie

—o—

VENDREDI 26 FEVRIER 1954

—o—

Communications :

Etude comparée du sérum sanguin et des urines au cours de la toxémie gravidique (Electrophorèse),

par M. Guillaume Lévi.

Deux cas de fistule cholécysto-colique,

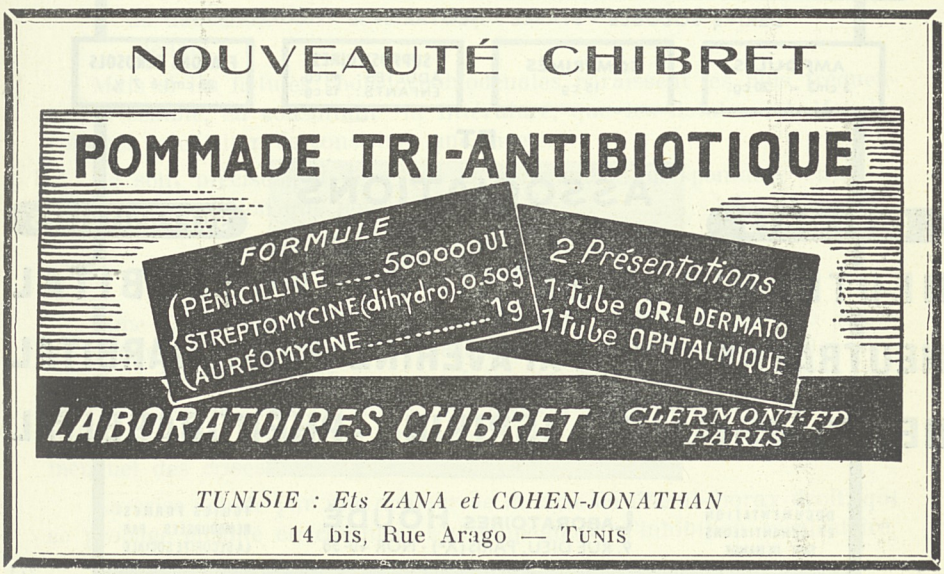
par MM. J. Demirleau, A. Hagège, Renault et F. Smadja.

Radiculo-névrite aiguë curable et syndrome de Froin,

par le Médecin-Commandant Cosset (Hôpital Militaire L Vaillard).

Un cas de lymphomatose giganto-folliculaire - Maladie de Brill-Symmers,

par MM. S. Benmussa et Charles Zérah.



TUNISIE : Ets ZANA et COHEN-JONATHAN
14 bis, Rue Arago — Tunis

CALCIUM CORBIÈRE Buvable

LABORATOIRES CORBIÈRE · 27, RUE DES RENAUDES · PARIS 17e ·

VITAMINÉ
C.D & PP

AMPOULES DE 10cc
BOITE DE 8 AMPOULES
COFFRET DE 24

Sucré, aromatisé au citron
Remboursé par la S.S.

1 à 3 ampoules par jour

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

NEUTRAPHYLLINE

DÉRIVÉ SOLUBLE · STABLE · NEUTRE de la THÉOPHYLLINE

AMPOULES	COMPRIMÉS	SUPPOSITOIRES	FLACONS AÉROSOLS
3 cm3 = 30 cg.	15 cg	ADULTES : 40 cg. ENFANTS : 15 cg.	25 cm3 à 7 %

ET

ASSOCIATIONS

COMPRIMÉS — SUPPOSITOIRES

NEUTRAPHYLLINE AU PHÉNOBARBITAL

NEUTRAPHYLLINE-PAPAVÉRINE-PHÉNOBARBITAL

NEUTRAPHYLLINE-ASPIRINE-PHÉNOBARBITAL

DOCUMENTATION ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

LABORATOIRES HOUDÉ
9, RUE DIEU, PARIS (Xe) - NOR 40-58

TOUTES FORMES REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

273

TUNISIE : SPECIMEDHY 37, Rue d'Isly — TUNIS

Deux cas de fistule cholécysto-colique

par J. DEMIRLEAU, A. HAGÈGE, B. RENAULD et F. SMADJA

—o—

Le cadre des fistules bilio-digestives spontanées est aujourd'hui bien connu, et les observations s'en sont multipliées depuis un certain nombre d'années.

Les auteurs français et étrangers s'accordent à reconnaître la prédominance très élevée de la lithiase dans l'étiologie de ces fistules. On sait qu'une deuxième cause, elle-même très fréquente, est l'ulcère duodénal perforé dans la vésicule ou dans le cholédoque. Diverses autres lésions peuvent aussi déterminer une communication bilio-digestive pathologique : tels sont le cancer des voies biliaires, les cholécystites non lithiasiques, et les diverses inflammations ou suppurations du carrefour.

Quant aux organes intéressés par la fistule, de nombreuses combinaisons peuvent être réalisées, selon qu'il s'agit d'une perforation de la voie biliaire principale, ou de la voie biliaire accessoire, et selon le segment du tube digestif intéressé : estomac, duodénum ou côlon.

Les fistules cholédoco-duodénales ou cholécysto-duodénales sont certes les plus fréquentes.

Les rapports anatomiques étroits de l'arbre biliaire et du duodénum l'expliquent pour une part, mais aussi le fait que ces fistules reconnaissent deux étiologies, et peuvent se faire dans les deux sens :

— de l'arbre biliaire vers le duodénum dans la lithiase ou toute autre maladie des voies biliaires;

— du duodénum vers le cholédoque ou la vésicule dans l'ulcère duodénal.

Mais si les fistules cholédoco-duodénales paraissent les plus fréquentes, il semble, en consultant la littérature, que les fistules cholécysto-coliques soient loin de constituer une rareté.

Ce sont précisément deux cas de communication spontanée entre la vésicule et le côlon que nous rapportons ici.

OBSERVATION N° 1

Mme C., 52 ans, se plaint, depuis une quinzaine d'années, de crises de colique hépatique. D'abord espacées (deux ou trois par an), elles surviennent depuis l'été 1951 avec une fréquence accrue, au point que la malade en accuse une par mois, en général pré-menstruelle; la ménopause qui s'est établie durant l'année 1952, n'a pas modifié le rythme mensuel des crises.

La crise débute par une douleur de la base de l'hémi-thorax droit, qui se propage ensuite en ceinture, s'accompagnant d'inhibition respiratoire,

et de nausées, mais sans vomissements. Il arrive que la douleur diffuse à tout l'abdomen, et que se manifeste alors une diarrhée faite de deux ou trois selles liquides verdâtres, et persistant deux ou trois jours après la crise douloureuse. Celle-ci dure une heure environ et est parfois assez violente pour nécessiter une injection de morphine.

La symptomatologie se réduit aux phénomènes douloureux. Il n'y a jamais eu de fièvre; jamais, non plus, d'ictère, du moins décelable cliniquement; tout au plus les urines ont-elles pu paraître plus foncées après les crises.

L'examen physique relève une douleur vésiculaire à la palpation, et un foie normal de dimension et de consistance.

Une cholécystographie effectuée en septembre 1952, révèle une absence d'imprégnation de la vésicule biliaire.

La malade n'ayant pas d'emblée accepté l'intervention, il nous fut donné de la suivre durant quelques mois. Elle présenta de nouvelles crises d'intensité variable, mais toujours brèves. Fait particulier, elle signala un jour l'apparition de douleurs pré-cordiales s'irradiant vers la base du cou avec impression de constriction et d'angoisse. Un électro-cardiogramme ne montra pas d'altérations du tracé. Mais la malade étant une hypertendue de longue date, accusant un léger degré de dyspnée d'effort et en outre, ayant quelques modifications pathologiques de son ombre cardio-aortique, il fut admis que ses troubles angineux étaient d'origine coronarienne, la maladie de ses voies biliaires constituant l'épine irritative responsable de l'apparition des crises angineuses.

L'indication opératoire se trouvait donc non pas affaiblie mais renforcée par la survenue de cet angor.

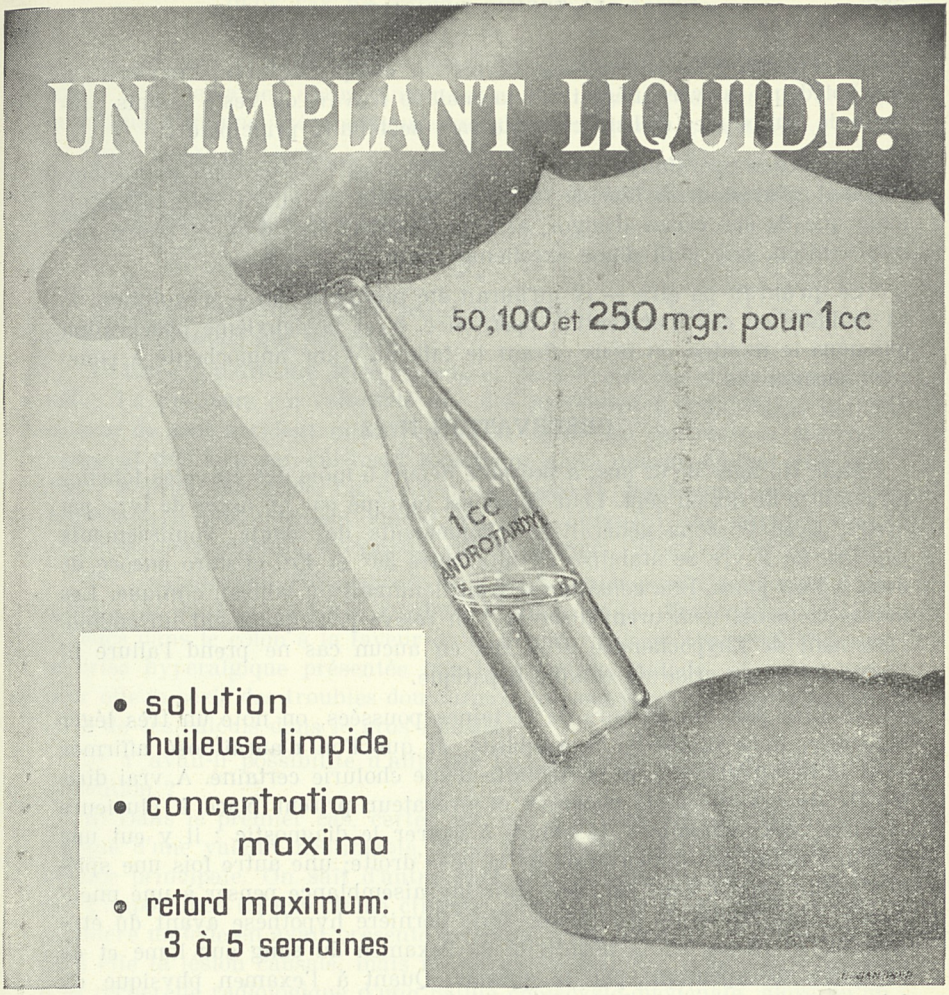
Or, vers la fin du mois de novembre 1953, la malade présenta une crise douloureuse d'une intensité telle qu'il est difficile d'en concevoir d'aussi violente. Elle arrachait des cris à la malade, lui faisait implorer l'injection de morphine libératrice. Celle-ci calma avec peine cette manifestation hyperalgique.

Du jour où cette crise se termina, la malade n'eut plus de colique hépatique. Mais elle n'en réclama pas moins l'intervention. En raison du silence symptomatique complet qui s'était établi, il fut décidé de procéder à une nouvelle cholécystographie. La non imprégnation de la vésicule persista, mais sur un cliché on put distinguer une image en clair des voies biliaires supérieures, traduisant la présence d'air dans le canal hépatique et dans ses branches de bifurcation.

L'hypothèse soulevée fut celle d'une fistule bilio-duodénale, mode le plus fréquent de communication bilio-digestive pathologique.

Mais l'ingestion barytée ne montra pas une pareille fistule.

L'intervention qui fut faite en février 1953, révéla la raison de cet état de pneumatose des voies biliaires. La vésicule biliaire fut trouvée scléro-atrophique, vide de tout calcul; mais, non oblitérée, elle communiquait par un orifice fistuleux important avec le côlon transverse.



ANDROTARDYL

POUR L'ANDROGÉNOTHÉRAPIE RETARD

REMBOURSE PAR LA SECURITE SOCIALE

SOCIÉTÉ D'EXPLOITATION DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES SPÉCIALISÉS
SERVICE SCIENTIFIQUE :
89, AVENUE DE LA BOURDONNAIS — PARIS — VIIe
TÉL. INV 74-19

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

La vésicule biliaire enlevée, la brèche colique suturée, l'exploration du cholédoque s'avéra négative : la malade n'avait du reste jamais présenté de symptômes d'obstruction de sa voie biliaire principale.

Les suites opératoires furent compliquées par l'apparition d'un épanchement pleural droit fébrile. Mais la malade en guérit complètement, ainsi que de ses crises d'angor, et actuellement, plus d'un an après son intervention, elle jouit d'une excellente santé

Ce qu'aurait pu être — ce qu'aurait été probablement — l'évolution de sa maladie en cas d'abstention opératoire, c'est la deuxième observation qui nous le montre, en nous offrant le tableau d'une angiocholite à poussées successives.

OBSERVATION N° 2

Mme R., âgée de 62 ans, a présenté depuis 5 mois des épisodes fébriles au nombre de six ou sept. Leur début est marqué par un accès de type palustre, avec frissons généralisés, claquements des dents, vomissements répétés. La fièvre se stabilise ensuite entre 39° et 40°, et dure encore de deux à huit jours. Elle constitue le trait dominant du tableau clinique. Les autres éléments demeurent discrets : on relève principalement un endolorissement de l'hypochondre droit qui en aucun cas ne prend l'allure ni l'intensité d'une crise de colique hépatique.

D'autre part, au décours de certaines poussées, on note un très léger subictère, à la limite de la visibilité, et que l'on n'aurait osé affirmer sans la découverte par le laboratoire d'une cholurie certaine. A vrai dire, à côté de cet ensemble cohérent et évocateur prirent place à plusieurs reprises, des symptômes de nature à égarer le diagnostic : il y eut une fois des signes de condensation de la base droite; une autre fois une splénomégalie fugace. L'on put donc sans invraisemblance penser à une pneumonie, à des accès de paludisme, cette dernière hypothèse ayant dû être écartée, en raison de la négativité de l'examen du sang sur lame et de l'épreuve thérapeutique par la quinine. Quant à l'examen physique du foie, il n'a jamais apporté de précision décisive pour le diagnostic.

L'évolution par poussées, la constance de l'élimination de pigments biliaires par les urines au lendemain des accès, le caractère localisateur d'une douleur même discrète, l'anamnèse révélant une dyspepsie ancienne évocatrice d'une lithiase biliaire, enfin un hémogramme dont la formule révéla 14.000 globules blancs avec 80 % de polynucléaires, tels furent les éléments sur lesquels se fonda notre diagnostic d'angiocholite, probablement calculeuse, et l'indication opératoire qui en découlait.

La malade fut opérée le 7 décembre 1953.

On découvrit une vésicule biliaire fistulisée dans le côlon. Après cholécystectomie, on pratiqua une exploration du cholédoque à travers le moignon du cystique, et on en retira des débris ayant l'apparence de matières fécales. Un drain en T fut placé dans le cholédoque, et la brèche colique fut fermée en deux bourses.

La période post-opératoire parut d'abord se dérouler normalement, mais, trois semaines après l'intervention, la malade présenta un état de collapsus d'où une thérapeutique énergique eut peine à la tirer.

Elle semblait s'acheminer vers la guérison lorsque huit jours plus tard, elle tomba dans une espèce de coma et décéda sans qu'on ait pu établir la cause exacte de sa mort.

*
* *

Quelques remarques nous paraissent devoir être faites à propos des deux observations qui précèdent :

1° Elles constituent deux aspects et deux évolutions d'une même maladie. La première n'a comporté que des phénomènes douloureux, à l'exclusion de tout accident infectieux; la deuxième au contraire a été constamment dominée par l'élément infectieux, alors que la douleur était discrète, à peine ébauchée. La première a laissé le cholédoque indemne; la deuxième l'a profondément touché, et, en y allumant une angiocholite à manifestations répétées, a évidemment compromis l'avenir de la malade.

2° L'exploration chirurgicale des deux malades n'a pas montré de calculs, ni dans la vésicule, ni dans le cholédoque. C'est qu'ils s'étaient évacués dans le côlon à la faveur de la fistule, et il est vraisemblable que la crise hyperalgique présentée par la première malade, et qui clôtura pour elle la série des troubles douloureux, correspondait à l'expulsion complète de ses calculs dans le gros intestin.

3° Y avait-il possibilité d'affirmer la fistule bilio-digestive avant l'intervention ?

a) Dans le premier cas, certes oui, car il existait un argument radiologique d'une valeur inestimable, celui de l'injection aérienne de la voie biliaire principale. On sait d'autre part que certains auteurs ont insisté sur l'importance du symptôme clinique que constitue la diarrhée; et notre première malade en avait présenté à chaque crise. Nous soupçonnions donc chez elle la lésion causale, mais ne pûmes la localiser, nous étant bornés à la recherche radiologique d'une fistule cholécysto-duodénale, alors qu'un lavement baryté nous aurait révélé la véritable localisation de la fistule.

b) Dans le deuxième cas, il n'était pas possible de faire un tel diagnostic. Des radiographies n'avaient rien montré d'anormal dans la région hépatique et cliniquement on ne pouvait qu'affirmer l'infection cholédocienne et la rapporter à sa cause habituelle, c'est-à-dire à une obstruction probablement lithiasique.

4° L'intervention chirurgicale s'imposait-elle dans les deux cas ? Pour le second, sans aucune discussion, puisqu'on avait affaire à une infection de l'arbre biliaire. Pour le premier on n'aurait pu écarter l'intervention qu'avec l'espoir d'une oblitération spontanée de la fistule, éventualité possible et d'ailleurs non exceptionnelle.

Mais c'eût été une spéculation dangereuse, car elle exposait la malade au risque d'une infection de sa voie biliaire principale. L'intervention était ici aussi nécessaire, et la suite des événements en confirma le bien fondé.

58 d PAUL-MARTIAL

principe
lipocaïque
pancréatique

LIPORMONE

comprimés 10 cg.
(boîte de 30 comprimés)

hépatostéatoses endocriniennes,
toxiques ou infectieuses

complications vasculaires
et oculaires du diabète

troubles du métabolisme
des lipides

athérome - artériosclérose

xanthomatoses - psoriasis

4 à 6 comprimés par jour

Remboursé par la S. S.

LABORATOIRE CHOAY

48, AVENUE THÉOPHILE GAUTIER PARIS 16e

TUNISIE : Agence Pharmaceutique Française, 8, Passage du 7 mai, TUNIS

Radiculo-Névrite aiguë et Syndrome de Froin

par le Méd. Cdt COSSET (Hôp. Mil. L. V.)

—o—

Il y a un mois, nous recevions dans notre Service des Maladies Contagieuses, un garçon d'une dizaine d'années hospitalisé parce que, nous écrivait le médecin traitant, il présentait depuis le matin une parésie des membres inférieurs. L'interrogatoire de la mère nous apprend que cet enfant est fébrile depuis déjà cinq jours, la température se maintenant en plateau entre 38,5 et 39°. Par ailleurs, bien portant jusque-là, le petit malade présente depuis trois jours des vomissements, de la céphalée, et des douleurs assez vives au niveau des cuisses et des jambes. Enfin, est apparue au réveil de ce jour, une parésie des deux membres inférieurs, symptôme qui a déterminé la famille à accepter l'hospitalisation.

L'examen clinique nous montre que les mouvements ne sont pas limités, mais que la marche est impossible du fait d'une diminution considérable de la force musculaire au niveau des divers segments des membres inférieurs et surtout à gauche. On note une diminution très nette des réflexes tendineux à droite tandis qu'à gauche les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis. Le reste de l'examen neurologique ne nous apprend rien de plus, nous apprenons seulement que les douleurs ont diminué depuis la veille et sont maintenant très peu marquées. Par ailleurs, l'examen général permet de conclure à l'intégrité des divers autres appareils, du point de vue clinique, tout au moins.

Devant un tel tableau, caractérisé essentiellement par une parésie flasque apparue à la suite d'un épisode fébrile, nous pensons que l'étiquette de « poliomyélite antérieure aiguë » avec laquelle ce malade a été hospitalisé est pleinement justifiée, et nous nous apprêtons à faire une ponction lombaire; dans le cas présent il s'agit, nous semble-t-il, d'un examen en quelque sorte « de routine » qui, nous en sommes certains, confirmera biologiquement le diagnostic clinique.

Cette ponction ramène facilement un liquide très clair non hypertendu, mais qui, à notre grande surprise, coagule soudain et se prend en masse au lit même du malade; il s'agit là évidemment d'un syndrome de Froin, syndrome qu'il n'est pas habituel, à notre connaissance, de voir accompagner un tableau clinique de poliomyélite. Au Laboratoire, nous constatons que ce liquide, du point de vue cytologique, présente une lymphocytose à peine supérieure à la normale, mais qu'il n'est pas possible de chiffrer avec précision à la cellule de Nageotte. La Chimie nous apprend par ailleurs que l'albuminorrachie s'élève à 4 gr. 35. Les autres examens de Laboratoire pratiqués n'apportent aucun élément à retenir, mis à part une forte élévation des globulines alpha 2 à l'analyse électrophorétique du sérum sanguin.

SULFAMIDOTHÉRAPIE
INTESTINALE ATOXIQUE

MIDY
1718

COMPRIMÉS à 0 g 50 DE PHTALYLSULFATHIAZOL

TALIDINE

4 à 20 comprimés en 2 prises

DISPERSION SANGUINE MINIMUM
BACTÉRIOSTASE LOCALE MAXIMUM

MIDY
1718

AU SERVICE
DU CORPS MÉDICAL
DEPUIS 1718

LABORATOIRES MIDY
67, AV. DE WAGRAM · PARIS-17e

AGENTS DÉPOSITAIRES : SOCIÉTÉ SPÉCIMEDHY, 37-39, RUE D'ISLY, TUNIS

Nous instituons un traitement par pénicilline, foldine, sérum humain. La température se maintient un peu au-dessus de 38°, les douleurs disparaissent complètement et au troisième jour de l'hospitalisation on constate la réapparition des réflexes tendineux au niveau du membre inférieur gauche. Une nouvelle ponction lombaire pratiquée quatre jours après la première donne des résultats analogues : il n'est même possible de récolter que quelques gouttes de liquide, car celui-ci se coagule spontanément au sortir même de l'aiguille; dans ces conditions, une analyse chimique valable est impossible à pratiquer, on peut seulement constater que la cytologie ne s'est pas sensiblement modifiée depuis le dernier examen. Le malade restant fébrile, nous remplaçons la pénicilline par l'auréomycine et nous assistons aussitôt à un retour de la température à la normale. En même temps, l'évolution se fait vers la guérison : le malade récupère rapidement sa force musculaire et les réflexes tendineux deviennent normaux au niveau des deux membres inférieurs.

Quinze jours après l'admission, la guérison clinique est complète et il ne subsiste aucune séquelle appréciable de la parésie qui avait motivé l'hospitalisation. Nous pratiquons alors une nouvelle ponction lombaire qui ramène un liquide toujours très clair et dans lequel on compte trois lymphocytes par millimètre cube à la cellule de Nageotte; mais cette fois, nous n'observons pas de coagulation précoce ou même tardive de ce liquide, et l'albuminorrachie n'est plus d'ailleurs que de 1 gr. 35.

Nous voudrions garder l'enfant encore quelques jours dans notre Service, mais la mère insiste pour que nous accordions un exeat peut-être un peu prématuré à notre sens. Du fait de la complète guérison clinique, nous laissons toutefois le petit malade regagner son domicile, à la condition qu'il nous soit présenté régulièrement au cours de sa convalescence.

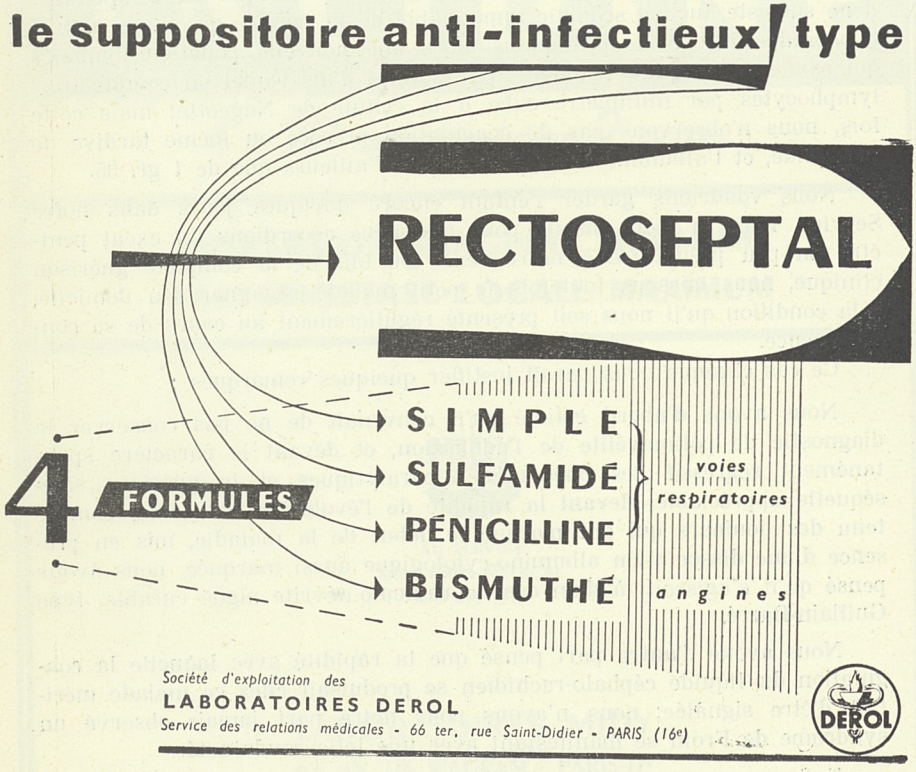
Ce cas clinique nous paraît justifier quelques remarques :

Nous avons d'abord estimé qu'il convenait de ne pas conserver le diagnostic de poliomyélite de l'admission, et devant le caractère spontanément régressif des phénomènes paralytiques et la guérison sans séquelle appréciable, devant la rapidité de l'évolution favorable, compte tenu des douleurs qui ont marqué le début de la maladie, mis en présence d'une dissociation albumino-cytologique aussi marquée, nous avons pensé qu'il s'agissait là d'un cas de radiculo-névrite aiguë curable, type Guillain-Barré.

Nous avons d'autre part pensé que la rapidité avec laquelle la coagulation du liquide céphalo-rachidien se produisait chez ce malade méritait d'être signalée; nous n'avons pour notre part jamais observé un syndrome de Froin se manifestant avec une telle soudaineté.

Enfin, ce cas permet de constater une fois de plus, combien les virus qui sont admis comme responsables des radiculo-névrites type Guillain-Barré sont peu sensibles à la pénicilline, et combien par contre les antibiotiques tels que l'auréomycine ont une action rapide et heureuse sur

l'élément infectieux, ou tout au moins fébrile de cette affection. Il ne nous est évidemment pas possible de dire si cette même auréomycine, administrée dès la période proprement infectieuse de la maladie, aurait pu empêcher la constitution du syndrome parétique; le caractère rapidement régressif de ce dernier, la guérison sans séquelles appréciables nous semble toutefois retirer à la solution éventuelle de ce problème un caractère d'urgence, sur le plan clinique tout au moins. Une recherche du, ou plutôt d'un virus dans les selles de ce malade aurait sans doute été intéressante, mais étant donnée la période relativement tardive de l'affection à laquelle nous avons été appelés à le voir, il nous a paru qu'il était déjà trop tard pour faire appel dans de bonnes conditions aux Laboratoires spécialisés qui sont seuls outillés pour effectuer ces délicates et souvent décevantes recherches.



SPECIMEDHY : 37, Rue d'Isly — Tunis — (Tunisie)
PHARMEDY : 13, Rue J.-J. Rousseau — Alger — (Algérie)
M. PELISSARD : 5, Boulevard de Londres — Casablanca — (Maroc)

Société des Sciences Médicales de Tunisie

VENDREDI 12 MARS 1954

Présentation de malade :

Présentation d'un petit malade opéré de volumineux tuberculome occipito-temporal droit, n'ayant pas fait de méningite tuberculeuse malgré l'ouverture per-opératoire du ventricule latéral,

par MM. A. J Roussel et L. Chatenier.

Communications :

Ultra-micro-détermination de la glycémie sur 0, cc 08 de sang digital,

par M. Charles Pérez.

Cancer cardio-tubérositaire - gastrectomie totale par voie thoraco-abdominale - Guérison datant de 5 mois,

par M. Roger Koskas.

Méningite cérébro-spinale résistante aux antibiotiques et très favorablement influencée par la médication lytique,

par M. le Médecin-Commandant Faugères (Sfax) présenté par le Médecin-Lieutenant-Colonel Sillon).

Formes pseudo chirurgicales de tétanos à bouche ouverte (4 cas),

par MM. A. Corcos, Sta-M'Rad, Mme Corcos et Ben M'Rad.

Foie - Fer - Cobalt

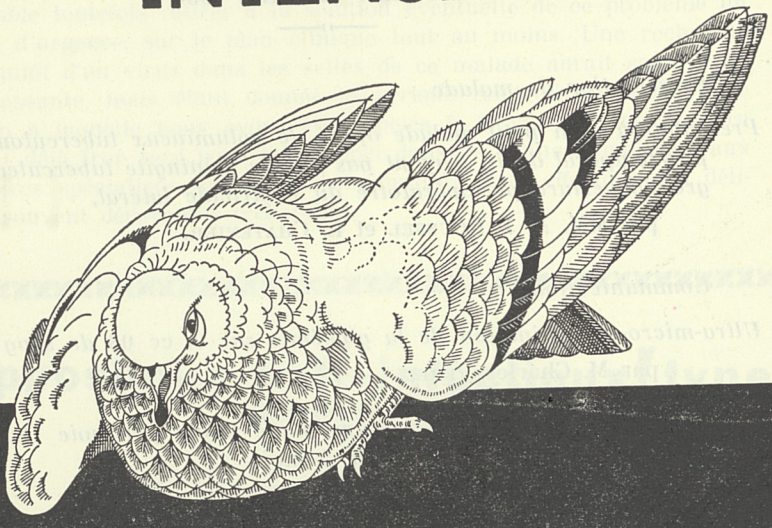
TOT' HÉMA

8 gammas
Vitamine B 12

Une à deux ampoules buvables par jour

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

VITAMINOTHÉRAPIE B_1
INTENSIVE



NAÏODINE VITAMINÉE B_1

Anciennement Naïodine Suractivée

A VITAMINÉE B_1 INTRAMUSC.	**2** mgrs **Vit B_1**
B VITAMINÉE B_1 INTRAVEIN.	**10** mgrs **Vit B_1**
A *Forte* VITAMINÉE B_1 INTRAM.	**125** mgrs **Vit B_1**
B *Forte* VITAMINÉE B_1 INTRAVEIN.	**25** mgrs **Vit B_1**

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS

ISSY-LES-MOULINEAUX — PARIS

Ultra-micro détermination de la Glycémie sur 0 cc, 08 de sang digital

par M. Charles PÉREZ

Nous voulons vous présenter une microtechnique pratique de dosage de la glycémie et dont le principe du dosage reste le même que celui indiqué par la méthode de FOLIN et WU.

L'intérêt de cette technique nous semble essentiel si l'on considère les cas nombreux où le laboratoire ne peut disposer de quantités de sang suffisantes prélevées par ponction veineuse.

Nous pensons surtout au coma diabétique, au cours duquel la collaboration étroite entre le médecin et le biologiste est le seul gage de succès.

Or, bien souvent malgré le trocart mis à demeure dans la veine malgré toutes les précautions prises, il arrive qu'on ne puisse plus à un moment donné continuer les prélèvements sanguins.

Or c'est justement de la 6e à la 72e heure que ces contrôles répétés de la glycémie sont les plus importants car ils permettent de saisir les fluctuations du glucose sanguin et de parer aux redoutables accidents hypoglycémiques survenant surtout à ce moment.

En clinique humaine il nous a été souvent difficile de pratiquer des épreuves d'hyperglycémie provoquées chez des sujets pusillianimes ou à veines défectueuses.

Chez les enfants, chez les nourrissons où la ponction veineuse est parfois impossible là encore notre méthode se contentant de deux gouttes de sang, a son intérêt.

En medecine expérimentale les expériences sur cobayes, rats, souris etc... exigent que les dosages soient faits sur des ponctions minimes de sang.

Les techniques courantes de HAGÉDORN et JENSEN, FOLIN, BAUDOUIN et LÉWIN, CARREZ-THIÉRY opèrent sur 1 cc de sang fluoré, ce qui nécessite un prélèvement important de sang de l'ordre de 5 à 10 cc.

Etant donné toutes ces considérations, nous avons été amenés à rechercher une méthode simple, pratique et sûre de dosage de la glycémie sur 0 cc,08 de sang.

Les microtechniques actuellement connues de BANG (papier buvard taré) de WILKERSON et HEFTMANN (« tamissage » du glucose) de CRECELIUS SEIFERT (acide picramique) exigent *des réactifs et des appareillages spéciaux.*

L'ultra micro technique que nous proposons fait appel aux réactifs

classiques et à un appareillage communément trouvés dans les laboratoires de biologie clinique.

Matériel utilisé :

Pipette de 0 cc., 08 à écoulement total;
Pipettes de 0,1 cc avec graduations au 1/10e;
Pipettes de 0,2 -d°-
Pipettes de 1 cc -d°-
Tubes à hémolyse à centrifuger;
Tube à hémolyse Pyrex jaugé à 2 cc;
Centrifugeur ou filtres en cellulose pure ou filtres de commerce lavés à l'eau bouillante puis séchés à l'étuve pour éliminer les matières réductrices pouvant s'y toucher.
photocolorimètre.

Réactifs : Les mêmes que pour la méthode de FOLIN et WU (C-O GUILLAUMIN).

Prélèvement : Dans un tube à hémolyse contenant quelques mmgr. du mélange antiglycolytique et anticoagulant (Oxalate de Potassium : 6 gr. et Fluorure de sodium : 4 gr.) on laisse tomber 2 à 3 gouttes de sang obtenues par piqûre au doigt. On remue aussitôt avec un petit agitateur en verre pendant 3 minutes.

Dosage proprement dit : Au fond d'un tube à hémolyse en verre épais contenant exactement 0 cc., 56 d'eau distillée, on laisse couler 0,08 cc de sang prélevé avec une pipette à écoulement total. On rince minutieusement la pipette avec l'eau surnageant et on agite le tube sans renverser jusqu'à hémolyse totale.

On ajoute sans cesse, exactement 0,08 cc de solution sulfurique 2/3 N puis 0,08 de Tungstate de Sodium à 10 %. On centrifuge le mélange ou on filtre sur des filtres appropriés de 20 mm. de diamètre.

Dans un tube à centrifuger Pyrex jaugé à 2 cc, on recueille exactement 0 cc,16 de filtrat, puis on ajoute 0 cc, 16 de liqueur Cupro-Alcaline. On bouche et on porte au bain-marie bouillant 6 minutes, puis on plonge le tube dans l'eau glacée. On ajoute 0 cc,16 de solution Phospho-Tungsto-Molybdique et on replace 5 minutes au bain-marie à ébullition. On refroidit et on complète à 2 cc avec de l'eau distillée. On lit au photomètre de LAGAILLARDE sous écran rouge (Wratten N° 71) en cuve de 1 cc ou 0,5 cc. Les chiffres obtenus sont comparés à une courbe étalonnée et les résultats sont exprimés en grammes pour 1000 compte tenu des dilutions effectuées.

AVANTAGES DE CETTE METHODE

Cette technique présente manifestement plus de qualités pratiques que la méthode classique opérant sur un centimètre cube de sang et permet d'obtenir des résultats identiques à celle-ci.

Sur la méthode de Bang qui opère également sur du sang prélevé au doigt, elle offre l'avantage de ne pas nécessiter l'appareillage spécial que constitue la balance de torsion ni des manipulations trop délicates.

Sur l'amusante méthode de Wilkerson et Heftmann par « tamisage du glucose » elle permet une évaluation plus précise que les zones de grandeur fournies par celle-ci et une consommation moindre de sang.

CONCLUSION

La détermination du glucose sanguin sur 0 cc,8 de sang digital par cette méthode utilisant des réactifs classiques et un appareillage tres simple, est à la portée de tous les laboratoires suffisamment équipés, supprime la ponction veineuse, et peut être même pratiquée au lit du malade.

BIBLIOGRAPHIE

Boulin Presse Méd. 1948, *63*, 753-754.

Diagnostics biologiques et fonctionnels par Fiessinger, Olivier, et Herbain page 447 - Librairie Maloine, Paris.

Haunz et Keranen (Proceedings of American diabetes Association, vol. 10, 1950.

Munch Méd. Woch 75 ans, N° 3, page 1301.

Pérez Ch. Ann. Bio. Cli. 1953, 5-6, 323.

Wikerson et Heftmann (J. Lab. Clin. Méd., février 1948, *33*, 236).

Nous remercions le Docteur A Nahum qui nous a suggéré ce travail et dont les conseils nous ont été précieux.

LABORATOIRE CHANTEREAU (INNOTHÉRA)
choline, papaïne
sels biliaires
boldo
EUCHOBYL
un comprimé à la fin des 3 repas
TROUBLES HÉPATO-BILIAIRES
TUNISIE : *SPECIMEDHY* — 37, rue d'Isly — TUNIS

BIPENICILLINE Sarbach

SUSPENSION INSTANTANÉE STABLE
AUCUNE ADHÉRENCE AU VERRE
AUCUNE PERTE A L'EMPLOI
AUCUN RISQUE D'OBSTRUCTION DES AIGUILLES

3 DOSAGES

ASSURANT L'IMPRÉGNATION
ANTIBIOTIQUE RETARD MAXIMUM

SUIVANT POIDS DU MALADE	UNE INJECTION PAR 24 H.
Jusqu'à 50 Kgs	BIPENICILLINE SARBACH 400.000
	BIPENICILLINE SARBACH 500.000
	SI UN CLOCHER PÉNICILLINIQUE IMMÉDIAT PLUS ÉLEVÉ EST NÉCESSAIRE
au dessus de 50 Kgs	BIPENICILLINE SARBACH 800.000

Sarbach.

CHATILLON SUR CHALARONNE
AIN TÉL. 24

RAY-BAC

Pub. S.B

PHARMOFFICE : 1, Boulevard Bugeaud — ALGER.
Diffusion Pharmaceutique Marocaine : 62, Rue St-Saëns — CASABLANCA.
SARRABIA : 35, Boulevard Vauban — MONTFLEURY - TUNIS (Tunisie).
BONNIOT : 37, Rue Miche — SAIGON (Indochine).
GUIGON : Boite Postale 513 — DAKAR (Sénégal).
SO.A.C.I.A : Boite Postale 815 — ABIDJEAN (Côte d'Ivoire).
LABOREX : Boite Postale 872 — DAKAR (Sénégal).
Coopérative Pharmaceutique Martiniquaise : Boite postale N° 362 — FORT DE FRANCE (Martinique).

Cancer cardio tuberositaire
Gastrectomie totale par voie thoraco-abdominale
Guérison datant de 5 mois

par M. Roger KOSKAS

(Service de chirurgie du Dr J. DÉMIRLEAU Hôp. Ch. Nicolle, Tunis)

—o—

La malade que je vous présente aujourd'hui Mme P. A., âgée de 69 ans est entrée le 21 août 1953 à l'Hôpital Charles Nicolle pour douleurs épigastriques datant d'un an environ. Ces douleurs à type de pesanteurs surviennent surtout après les repas. Elles s'accompagnent en outre d'anorexie et d'un amaigrissement important.

A l'examen on est d'emblée frappé par le facies pâle et amaigri de cette malade. La palpation de l'abdomen oriente rapidement le diagnostic en montrant la présence d'une masse indurée et irrégulière située au niveau de la partie gauche de l'épigastre et mobile avec les mouvements respiratoires.

Les radiographies montrent un aspect rigide et tortueux de la partie haute de l'estomac qui est retrécie et présente par endroit une image lacunaire. Il s'agit d'une image tumorale étendue et qui correspond parfaitement à la masse perçue cliniquement. (*Cliché I.*)

Le diagnostic de cancer de l'estomac ne fait aucun doute ainsi que sa localisation haute. La tumeur qui est d'un volume notable remonte sur la moitié supérieure de l'estomac vers le cardia et la grosse tubérosité.

Chez cette malade il reste à poser les indications thérapeutiques. Malgré son amaigrissement et son âge, elle a un état général encore relativement conservé. Son système cardio-vasculaire est en bon état. L'urée sanguine est à 0 gr. 23. La numération globulaire montre un chiffre de globules rouges satisfaisant, 4.675.000.

La tumeur quoique volumineuse est encore nettement mobile.

On décide de faire une laparotomie en vue d'une exérèse large si les conditions locales le permettent.

Intervention le 17 septembre 1953 (Dr KOSKAS) :

Anesthésie générale en circuit fermé Penthotal-curare-oxygène. Dès le début de l'intervention une perfusion de sang conservé est installée.

Compte-rendu opératoire :

Incision abdominale oblique. Ouverture de l'abdomen. On cherche d'abord les conditions d'opérabilité. Le cancer est très étendu. Il siège sur la petite courbure gastrique et remonte très haut vers le cardia, débordant sur la grosse tubérosité qui est pratiquement toute envahie. Il est adhérent en arrière au pancréas, cependant il est clivable et on décide de pratiquer une gastrectomie totale

On prolonge l'incision abdominale sur l'hémithorax gauche et on enlève la 9e côte. Ouverture du thorax et incision du diaphragme jusqu'à l'orifice œsophagien.

Libération complète de l'estomac. Section et fermeture duodénale. L'estomac est rabattu vers le haut et une anse jéjunale et remontée à travers une brèche meso-colique jusqu'au niveau de l'œsophage. Anastomose œsophago jéjunale termino-latérale et suspension de l'anse jéjunale aux piliers du diaphragme.

L'estomac est enlevé en totalité après section de l'œsophage.

On termine par une large jéjuno-jéjunostomie.

Reconstitution du diaphragme. Fermeture du thorax et de l'abdomen au fil d'acier. Une sonde de Pezzer est laissée dans le thorax pour aspiration continue.

Examen histologique :

La pièce opératoire ainsi qu'un ganglion juxta-cardiaque sont adressés pour examen. Voici le compte-rendu :

Epithelioma cylindrique revêtant tantôt le type indifférentié infiltrant, tantôt le type glanduliforme. Cette tumeur infiltre d'une façon dense et diffuse la paroi gastrique et gagne le tissu cellulo-graisseux. On trouve de nombreuses embolies lymphatiques.

Ganglion. Il est largement envahi. Les sinus sont comblés par des boyaux tumoraux revêtaant l'aspect glanduliforme.

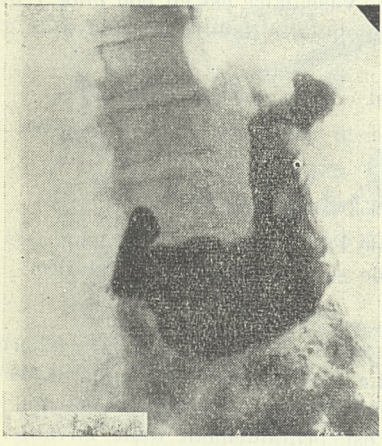


FIG. 1



FIG. 2

Les suites opératoires :

Sont excellentes. La température descend rapidement aux environs de 37°, grâce à la réanimation le choc opératoire a été réduit au minimum. L'alimentation liquide est reprise au bout de quelques jours et l'état de la malade se stabilise rapidement. Elle sort de l'hôpital le 8 octobre, soit 22 jours après l'intervention entièrement cicatrisée.

Nous voulons souligner ici la facilité que nous a donné l'abord mixte abdomino-thoracique pour l'exérèse de l'estomac en totalité ainsi que des principales aires ganglionnaires envahies. L'ouverture du thorax permet d'opérer dans d'excellentes conditions au niveau de zones difficilement accessibles par la simple laparatomie et en particulier a beaucoup facilité les sutures de l'anastomose œsophago-jéjunale.

Des radiographies post-opératoires ont été pratiquées le 19 octobre et montrent une bonne perméabilité de l'astomose entre l'œsophage et le jéjunum ainsi que l'imprégnation par la baryte de l'anse afférente et efférente. (*Cliché II.*)

La large jéjuno-jéjunostomie que nous avons pratiqué permet d'éviter le reflux biliaire vers l'œsophage et forme une sorte de poche, un véritable néo-gastre permettant à l'opéré d'ingérer des repas plus substantiels sans troubles.

La question de la technique du rétablissement de la continuité après gastrectomie totale est actuellement à l'ordre du jour. Nous avons employé la méhode la plus classique appliquée notamment avec des variantes de détails par Lahey de Boston, Lefèvre de Bordeaux, Duval du Hâvre. Elle donne de bons résultats, mais on tend actuellement à créer des montages qui se rapprochent davantage de l'anatomie et la physiologie normale pour améliorer encore les nouvelles conditions digestives ainsi créées. J'espère à un prochain cas réaliser un de ces montages qui constituent un progrès dans cette chirurgie.

La malade est actuellement, soit plus de 5 mois après l'opération, en bon état et mène une vie normale.

Elle ne présente aucune trace de récidive, mais bien entendu, un recul plus grand est nécessaire.

INNOVATIONS innothéra THÉRAPEUTIQUES
MUCINUM
LAXATIF DOUX
1 à 2 comprimés par jour
INNOTHÉRA, 54, AVENUE PAUL-DOUMER, ARCUEIL (SEINE)
TUNISIE : SPECIMEDHY, 37, Rue d'Isly — TUNIS

Depuis 1885 au service de la Médecine, les

Laboratoires Byla

vous rappellent leurs

HORMONES

BYLA

VITAMINES

TONIQUES

◆

Laboratoires BYLA

20, Rue des Fossés Saint-Jacques - PARIS

Méningite cérébro-spinale résistante aux antibiotiques et très favorablement influencée par la médication lytique

par M. le Médecin-Commandant FAUGÈRE (Sfax)

——o——

Fiche de renseignements :

Moh. ben M..., 26 ans. Date d'entrée : 28 novembre 1953. Début de l'affection : 1er janvier 1954.

1. CONSTATATIONS FAITES AU MOMENT DE L'ENTRÉE :

A) *Signes cliniques :* Admis le 28-11-53 pour déchirure traumatique du quadriceps droit — intervention sous anesthésie rachidienne le 3-12-53 — suites opératoires normales — pénicillinothérapie préventive (500.000 U. par jour pendant huit jours) — à noter toutefois, à deux reprises des phénomènes de rétention d'urine et de parésie intestinale avec météorisme traités par la prostigmine. Apyrexie complète jusqu'au 1-1-54 au matin. A cette date, apparition d'un syndrome méningé avec 1° 39° : raideur de la nuque, signe de Kernig; langue rôtie; pas de vomissements ni paralysies oculaires. Cœur normal; TA 12 1/2 x 9 au Vaquez. La confirmation est immédiatement obtenue par la ponction lombaire.

B) *Examen de laboratoire :* liquide céphalo-rachidien *très purulent* (semblable à du pus d'abcès) s'écoulant très difficilement; seuls cinq centimètres cubes ont pu être retirés, qui donnent : 300 leucocytes par mm3 - polynucléaires 90 % - mono 2 % - lympho 8 % - recherche négative de germes microbiens.

Le lendemain (2-1-54) : même aspect très purulent du L.C.R. présence de diplocoques Gram négatif intra-leucocytaires présentant les caractères morphologiques des méningocoquest (présence de ce germe confirmée dans un envoi au Laboratoire de bactériologie de l'Hôpital Militaire de Tunis). Il n'a pas été procédé à l'identification du type de méningocoque.

Le 4-1-1954 (après début de traitement) prélèvement de gorge : recherche négative de méningocoque après culture sur gélose ascite.

II. Thérapeutique instituée :

A. — *Sérothérapie :* néant.

B. — *Chimiothérapie :*

Nature du produit et voie d'introduction	Doses par 24 heures		Doses totales
	le 1er jour	les jours suivants	
a) Adiazine per os	8 gr.	8 gr. jusqu'au 13e jour	96 gr.
b) pénicilline			
— intra-musculaire . .	1.000.000	1.000.000 jusqu'au 21e jour	20.000.000
— intra-rachidienne .	40.000	40.000 jusqu'au 5e jour 80.000 du 5e au 13e jour	800.000
c) Streptomycine			
— intra-musculaire ..	2 gr.	2 gr. jusqu'au 21e jour	40 gr.
— intra-rachidienne .		10 ctgr. à partir du 5e jour jusqu'au 13e jour	80 cgr.
d) Auréomycine per os		2 gr. à partir du 3e jour 1 gr. du 13e au 18e jour	25 gr.

e) Substances lytiques : (à partir du 5e jour) : Largactyl 25 mmgr. + Phénergan 20 mmgr. + Dolosal 100 mmgr. trois fois par jour en injections intra-musculaires jusqu'au 13e jour - puis deux fois par jour du 13e au 16e jour.

f) Vitamines : Vitamine PP per os : 0 gr. 20 par jour - Vitamine B1 intra-musculaire 100 mgr. par jour - Vitamine C intra-musculaire 0 gr. 20 par jour.

III. Evolution :

— *Des signes cliniques :* malgré les antibiotiques, persistance du syndrome méningé complet - subcoma - hyperthermie à 39°-40° - état très aggravé le 5e jour qui fait décider l'institution du coctail vago-sympathicolytique. A partir de ce jour, malgré des modifications peu importantes des signes méningés, l'état semble s'améliorer. La température se stabilise à 37°,5-38°, le pouls redevient régulier, la diurèse augmente, l'alimentation liquide est possible sans vomissements.

Au 13e jour de la maladie : diminution importante de la contracture, reprise normale de la conscience et de l'alimentation, diurèse normale, température 37°-37,5 pouls régulier, un peu accéléré. T.A. = 13 × 9.

Au 20e jour : disparition de la céphalée, de la raîdeur de la nuque, du signe de Kernig - Apyrexie complète et définitive.

Au 30e jour, avant l'apyrexie complète depuis quinze jours, l'examen neurologique normal, le retour vers la normale de la cytologie et de la chimie du L.C.R., on considère le malade comme étant entré dans la phase de la convalescensce.

— *Des modifications du L.C.R.* : jusqu'au 9e jour, le L.C.R. se montre franchement purulent, puis il s'éclaircit progressivement.

Le 9e jour : 380 leucocytes par mm3 - recherche négative de germes.

Le 11e jour : 100 leucocytes par mm3 - albumine 2 gr, 10 par litre - glucose 0 gr., 40 par litre - recherche négative de méningocoques après culture sur gélose ascite.

Le 14e jour : 210 leucocytes - albumine 2 gr., 39 - glucose 0 gr., 28

Le 17e jour : liquide clair - 150 poly - albumine 2 gr., 20 - glucose 0 gr., 32.

Le 26e jour : liquide macroscopiquement normal - 70 poly - albumine 1 gr., 05 - glucose 0 gr., 52.

Nota. — Les examens cytologiques et chimiques du L.C.R. ont été pratiqués au Laboratoire Massa à Sfax; leurs résultats n'ont pas montré une amélioration parallèle à celle des signes cliniques et généraux.

Mesures prophylactiques chez les sujets-contacts a l'hôpital :

Sept sujets-contacts lors de l'apparition du syndrome méningé chez le malade. Tous subirent la chimio-prophylaxie : 3 gr. par jour pendant cinq jours, en attendant le résultat des prélèvements rhino-pharyngés. Quatre prélèvements furent négatifs. Trois montrèrent la présence de diplocoques Gram négatif après culture sur gélose-ascite.

Ces trois sujets subirent deux autres prélèvements à huit jours d'intervalle chacun qui se révélèrent chaque fois négatifs.

DORMIR ET TRAVAILLER
AU MILIEU DES BRUITS

Boules QUIES

EVITER LES OTITES
EN NAGEANT

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

ÉCHANTILLON A TOUTE DEMANDE QUI SE RECOMMANDERA DE CE JOURNAL

Une puissante Synergie
des Vitamines du Complexe B

TÉTRAVIT B FORT ROUSSEL

GRANULÉ MULTICOLORE
AGRÉABLEMENT AROMATISÉ

ROUSSEL

Carences vitaminiques B consécutives
aux traitements par les sulfamides ou les antibiotiques
Croissance - Grossesse - Lactation - Surmenage - Lucites
Régimes alimentaires insuffisants ou déséquilibrés
Nourrissons hypotrophiques

FLACON DE 85 GRAMMES
2 à 6 mesures par jour

LES LABORATOIRES ROUSSEL
97, Rue de Vaugirard — 89, Rue du Cherche-Midi
PARIS (VIe)

ALGER : Laboratoires ROUSSEL, 28, rue Clauzel.
TUNIS : O.S.P., 10, rue Amilcar.
CASABLANCA : Sté Maroc des Lab ROUSSEL, 48, rue Nationale.
SAIGON : Laboratoires ROUSSEL, 26, rue Lagrandière
AUTRES PAYS DE L'UNION FRANÇAISE : Adresser les demandes aux Laboratoires ROUSSEL, 89, rue du Cherche-Midi, PARIS (VIe)

Formes pseudo-chirurgicales de tétanos à bouche ouverte

par André Corcos, Ahmed Sta'Mrad, Mme Sarah Zarka-Corcos et Mohamed Ben Mrad

—o—

Le grand nombre de tétanos que nous avons eu l'occasion d'observer nous a permis de faire quelques remarques au sujet de cette affection.

S'il n'y a rien à changer à la description classique du grand tétanos généralisé dont le diagnostic s'impose, par contre dans les formes subaiguës, le diagnostic est parfois délicat.

En effet, le trismus peut être incomplet, sinon inexistant; le malade n'attire pas l'attention sur le trismus, mais au contraire sur le ventre qui est contracturé, de **bois.**

Si dans les formes généralisées, la contracture est manifeste dans tout le corps et en particulier au niveau de l'abdomen, dans les formes frustes, subaiguës et chroniques, la palpation de l'abdomen permet le diagnostic : il est presque toujours, en effet, dur, contracturé.

Certains cas sont même à prédominance abdominale telle que les malades se présentent comme des « ventres ».

Un malade nous a été envoyé comme colique néphrétique, un autre comme appendicite aiguë, le troisième comme ventre péritonéal, le quatrième a été amené à l'hôpital parce que sa mère craignait une appendicite. C'est la recherche des autres signes de tétanos, non pas tant la notion d'une blessure récente, antécédent relativement rare, que celle des autres signes : plissement des yeux, facies mongoloïde qui donne à tous ces malades un air de famille, contracture des sterno et des peauciers du cou quand on demande au malade d'ouvrir la bouche. déclenchement des crises quand on appuie brusquement sur l'abdomen ou même sur le lit, qui permet le diagnostic.

Remarquons qu'au contraire, dans les formes de tétanos splanchnique, post-abortif où la gravité du tétanos, la généralisation rendent évident le diagnostic, le ventre peut rester souple entre les crises.

Dans les formes où le trismus est très peu marqué, la température reste autour de la normale et ne dépasse pas 37°5-38°.

Par contre, l'évolution des contractures est celle généralement longue de toutes les contractures du tétanos : elles durent des semaines.

La bouche, les yeux restent plissés très longtemps, l'abdomen dur, la démarche sautillante, en danseuse. Enfin, longtemps persiste un tic tétanique qui exagère ces signes.

Voici nos cas :

CAS N° 1

Hassine ben..., 40 ans, est envoyé le 6 oût 1951 pour **colique néphrétique droite.**

Examen : on trouve bien une douleur à droite, mais elle est antérieure, et surtout on trouve une contracture diffuse de l'abdomen.

En examinant plus complètement le malade, on s'aperçoit qu'il existe une raideur des membres inférieurs, que le facies est un peu tiré, et que l'ouverture de la bouche est freinée en fin de course, le tout réalisant un ensemble assez caractéristique du facies tétanique. Mais le malade n'attirait pas spontanément l'attention sur la bouche.

Température et pouls normaux.

L'interrogatoire révèle que les douleurs abdominales durent depuis quelques jours.

On ne retrouve comme porte d'entrée, que quelques écorchures au pied chez ce malade qui marche pieds nus.

Traitement :

Sérum antitétanique : 100.000 u.;
Pénicilline : 1 million d'unités;
Anatoxine : 1 cc.

Le lendemain, traitement : 50.000 u. de sérum, pénicilline 1 million d'unités, anatoxine 2 cc.

Le surlendemain, on arrête le sérum antitétanique, on continue pénicilline et anatoxine 3 cc.

On continue pénicilline et anatoxine à doses progressives pendant cinq jours.

Guérison progressive.

On garde le malade qui est un peu cachectique, jusqu'au 3 septembre 1951.

CAS N° 2

Le jeune Nourredine ben Ghanem, âgé de 9 ans, est envoyé à la consultation de Médecine le 3 décembre 1953 avec le diagnostic **d'appendicite aiguë.**

Depuis 15 jours, blessure à la plante du pied droit avec un morceau d'os en terrain bourbeux dans la région du Bardo.

A partir du 1er décembre, soit deux jours avant l'entrée dans le service, contractures généralisées et douloureuses; marche sur les orteils, en danseuse.

Crises de contractures déclenchées quand on touche ou pince légèrement le malade.

Mais, fait paradoxal : la bouche s'ouvre assez largement, le trismus est très léger.

Nouvelle présentation :
MYCODÉCYL SOLUTION
(acide undécylénique à 10 % dans une base pénétrante)
Nouvelle indication :
PITYRIASIS VERSICOLOR

MYCODÉCYL

POUDRE - POMMADE - SOLUTION

★

Mycoses des pieds
et des espaces interdigitaux
Mycoses des plis
Pityriasis versicolor
Prurit anal
d'origine mycosique

THERAPLIX

98, RUE DE SÈVRES, PARIS (VIIe)

AGENCES THERAPLIX POUR L'AFRIQUE DU NORD

ALGER : 100, Rue Michelet
CASABLANCA : 246, Boulevard de la Gare
TUNIS : 56, Avenue Jean-Jaurès

Le facies aux traits tirés, évoque typiquement le tétanos. La température est normale à 37°.

Le malade est mis au traitement suivant :

— 3 décembre : il reçoit 1/2 cc. d'anatoxine, 100.000 u. de sérum antitétanique, 500.000 unités de pénicilline et 125 cc. de sérum glucosé.

— 4 décembre, même traitement : 1,5 cc. d'anatoxine et 0 gr. 10 de gardénal sodique le soir en injection (le malade a passé une nuit agitée du 4 au 5 décembre; depuis lors, gardénal).

— 6 décembre, même traitement : sérum antitétanique arrêté, 2 cc. d'anatoxine.

— 7 décembre, même traitement : reprise du sérum antitétanique, on en fait 50.000 unités, 2 cc. 5 d'anatoxine, 0 gr. 15 de gardénal sodique.

— 8 décembre : toujours 500.000 unités de pénicilline, 3 cc. d'anatoxine, gardénal : 1 jour sur 2. Sérums antitétanique et glucosé arrêtés.

— 9 et 10 décembre : on ne continue que la pénicilline.

— 11 décembre : arrêt de tout traitement.

— 12 décembre : le malade est toujours extrêmement contracturé. Le facies mongoloïde est un peu moins apparent.

Le malade ouvre toujours bien la bouche. La démarche, si on tient le malade, se fait toujours sur la pointe des pieds. Le malade est raide comme une planche, les jambes raides sur les cuisses, le ventre **très dur,** « **comme du bois** » et douloureux, le dos légèrement en opistotonos.

Pas de température. Ebauche de quelques crises.

Guérison progressive.

CAS N° 3

Mohamed Ben Salem ben Khlifa, âgé de 25 ans, est hospitalisé le 12 janvier 1954 pour « ventre de bois ».

La maladie avait débuté 10 jours avant l'admission, par des douleurs abdominales avec contractures des muscles abdominaux, par des douleurs thoraciques; puis est apparu un léger trismus empêchant le malade d'ouvrir complètement la bouche, mais ne gênant point cependant l'alimentation. Il ne semble pas y avoir eu de crises tétaniques.

La porte d'entrée n'est pas retrouvée.

A l'examen « facies mongoloïde spécial » aux yeux bridés, front plissé, trismus léger, et, quand on demande au malade d'ouvrir la bouche, on provoque une très forte contraction des sterno-cleido-mastoïdiens et des peauciers du cou

La nuque est un peu raide.

La forte contracture des muscles abdominaux donne une impression de « ventre de bois invincible, pseudo-chirurgicale ». Les membres inférieurs sont légèrement raidis à la mobilisation. La démarche n'est pas sautillante, légèrement hésitante et raidie.

Estomac douloureux



Antrényl
CIBA

Sédatif spasmolytique
3 ou 4 comprimés par jour
1/2 à 1 ampoule

818

CIBA

57, QUAI D'ORSAY - PARIS • 111, Bd. VIVIER-MERLE - LYON

LES 3 FARINES DE NESTLÉ

POUR LA PRÉPARATION DES BOUILLIES LACTÉES A VOLONTÉ



POUR LA PRÉPARATION DES DÉCOCTIONS ET DES BOUILLIES NON LACTÉES







FORMULE CLASSIQUE
OU
FORMULE INSTANTANÉE
POUR LA PRÉPARATION RAPIDE DES BOUILLIES LACTÉES

SOCIÉTÉ DE PRODUITS ALIMENTAIRES ET DIÉTÉTIQUES
18, PLACE HENRI BERGSON - PARIS (8e)

SPEDIC R6

La température est à 37°4.

Le 13, traitement : sérum antitétanique 100.000 unités, anatoxine 1 cc., pénicilline 1.000.000 d'unités, gardénal 0 gr. 10.

Le 14 : sérum antitétanique 100.000 unités, anatoxine 2 cc., pénicilline 1.000.000 d'unités, gardénal 0 gr. 10, sérum glucosé 500 cc.

Le 15, arrêt du sérum, on continue : anatoxine 3 cc., pénicilline 1.000.000 d'unités, gardénal 0 gr. 10.

La température est à 37°5, le pouls à 84.

Les jours suivants, les raideurs se confirment, généralisées, le malade marchant « comme une statue », mais la bouche s'ouvre encore assez bien.

Guérison progressive.

CAS N° 4

Jamila bent Ahmed ben Namane, âgée de 5 ans, est venue consulter le 26 février 1954.

Antécédents : depuis 10 jours, la maladie a commencé par une petite toux et une douleur abdominale.

La mère de la jeune malade l'a amenée à une consultation chirurgicale, craignant une appendicite.

Le chirurgien lui examine le ventre, élimine une appendicite, puis il cherche à examiner sa gorge. La petite malade ne pouvant bien ouvrir la bouche, le chirurgien crut à une enfant indocile et lui prescrit une potion calmante, des gouttes à mettre dans le nez et les oreilles.

Cinq jours après, la mère amène une autre fois sa fille à la même consultation.

Un traitement semblable au premier lui est administré.

Sa mère l'amène alors consulter à Sidiki.

Examen de la malade : la petite malade peut ouvrir à moitié la bouche, la démarche est presque normale, le ventre est **dur**, le facies assez typique. Nous faisons le diagnostic de tétanos et cherchant la porte d'entrée, nous ne trouvons qu'un minime hématome à la face plantaire du 3e orteil du pied droit.

L'enfant fut mise au traitement suivant :

— 500.000 unités de pénicilline par jour et 50.000 unités de sérum antitétanique.

Les trois jours suivants, elle ne reçoit que 500.000 u. de pénicilline.

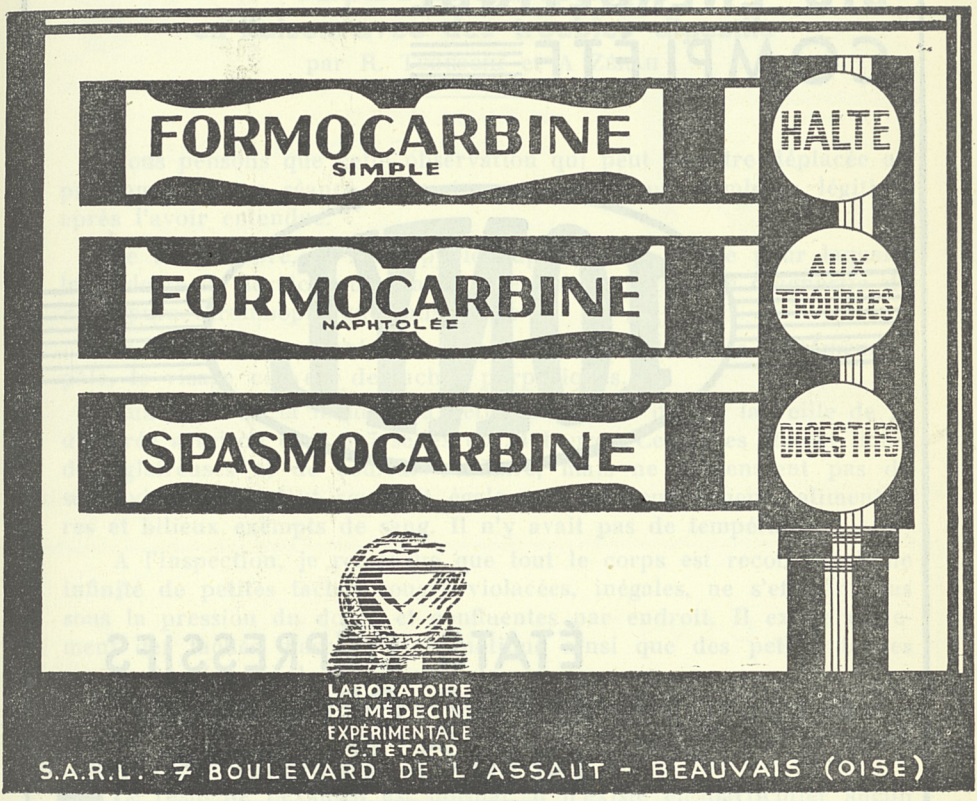
Elle sort le lendemain, encore contracturée.

CONCLUSION

Nous voyons que les formes frustes de tétanos sont relativement fréquentes, s'accompagnent de trismus fort incomplet, sont pratiquement apyrétiques.

L'importance des contractures abdominales parfois douloureuses peut faire errer le diagnostic, en particulier faire croire à une affection chirurgicale. C'est l'examen général du malade qui permet le diagnostic, avec son corollaire thérapeutique.

Le traitement consiste en séro-anatoxo-pénicillo-thérapie, moins prolongé que dans les formes classiques. L'hydratation par voie sous-cutanée n'est par ailleurs pas nécessaire chez ces malades qui peuvent tous boire assez facilement.



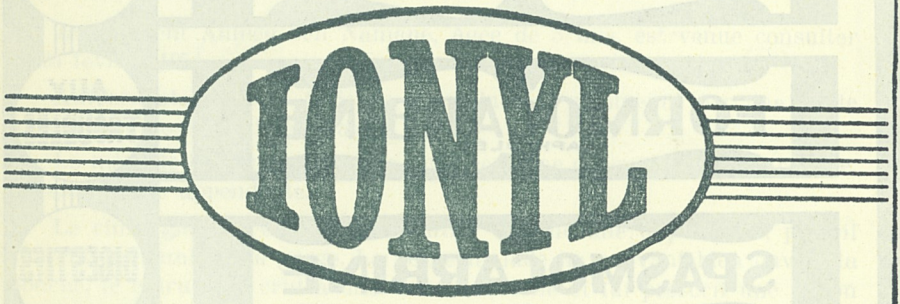
MÉDICATION ANTISPASMODIQUE DE LA TOUX

Spasmoforme

COMPRIMÉS DRAGÉIFIÉS

LABORATOIRES TOULADE — NANTERRE (Seine)
Tunisie : BEDOUCHA - 5, Rue de Broves - TUNIS

MÉDICATION
BIO-ÉNERGÉTIQUE
COMPLÈTE



ÉTATS DÉPRESSIFS
USURE ORGANIQUE
NEURO-ARTHRITISME

RÉSULTAT IMMÉDIAT
INNOCUITÉ ABSOLUE

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE : LABORATOIRES "LA BIOMARINE", DIEPPE

AGENT GÉNÉRAL POUR LA TUNISIE : Ets NOTE, 61, avenue Garros, TUNIS — Tél. : 97.090

Réunion de Gastro-Entérologie

SEANCE DU 10 MARS 1954

—o—

Communication :

Purpura thrombopénique en liaison avec des troubles digestifs

par R. TÉDESCHI et A ZÉRAH

Nous pensons que cette observation qui peut paraître déplacée au programme d'une séance de gastro-entérologie vous semblera légitime après l'avoir entendue.

Le 5 décembre, je suis appelé auprès d'une fillette pour laquelle le médecin de service qui m'avait précédé avait posé le diagnostic de « purpura thrombopénique sans fièvre ».

Je me trouve en présence d'une enfant de 19 mois extrêmement pâle, le visage couvert de taches purpuriques.

Aux dires de la maman, la petite présentait depuis la veille de la diahrrée a raison de 6 à 7 selles en 24 heures. Ces selles étaient liquides, glaireuses et de couleur verdâtre, mais ne contenaient pas de sang visible. L'enfant souffrait également de vomissements alimentaires et bilieux exempts de sang. Il n'y avait pas de température.

A l'inspection, je remarque que tout le corps est recouvert d'une infinité de petites taches rouges violacées, inégales, ne s'effaçant pas sous la pression du doigt, et confluentes par endroit. Il existe également des taches d'aspect ecchymotique ainsi que des petites taches rouges foncées sur la muqueuse buccale.

A la palpation, je découvre un foie débordant d'un doigt l'arcade costale; pas de splénomégalie. Par ailleurs, je note un léger gargouillement abdominal généralisé.

Le reste de l'examen est normal, il n'existe en particulier aucun autre signe d'hémorragie à l'exception d'un léger épistaxis.

Cette enfant n'a jamais présenté le moindre trouble digestif depuis sa naissance, son passé médical est encore vierge. Son poids et sa taille sont très satisfaisants

Les examens de Laboratoire qui me sont présentés, bien qu'incomplets, révèlent une hypoplaquettose sanguiène extrême : 12.000 plaquettes par mm3, le reste de l'hémogramme est normal. On note cependant une légère hypochromie. Les urines examinées sont normales et ne contiennent pas de sang.

En conclusion, il s'agit d'une gastro-entérite associée à un purpu-

Le pansement de marche

ULCÉOPLAQUE

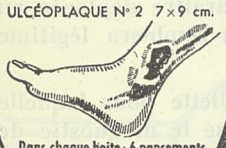
du Docteur Maury

CICATRISE

ULCÉOPLAQUE

2 DIMENSIONS :

ULCÉOPLAQUE N° 1 5×6 cm.
ULCÉOPLAQUE N° 2 7×9 cm.



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

- **PLAIES ATONES**
- **ESCARRES**
- **ULCÈRES VARIQUEUX**

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

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

LABORATOIRE SÉVIGNÉ - R. MAURY, Ph., 76, r. des Rondeaux - PARIS

CALCIVITAMINOTHÉRAPIE

—o—

HORMOS

Granulé chocolaté

Sels de Calcium — Parathyroïde — Surrénale et Vitamine D.

—o—

Une cuillerée à café ou à potage selon l'âge, 3 fois par jour

LABORATOIRES NEOTHERA, 83, Rue St-Charles — Paris XVe

ra thrombopénique survenant brusquement chez une fillette jusque-là en parfaite santé.

Devant l'absence de tout critère étiologique, je me décide pour un traitement à base de Pénicilline (500.000 unités par jour) associé à du Phénergan, le tout accompagné de médicaments antihémorragiques habituels (vaso constricteurs, Vit. K).

Le lendemain l'éruption s'arrêtait et les taches déjà existantes commençaient à s'estomper. La diarrhée et les vomissements cessèrent.

L'état général de la petite malade s'améliora et le saignement observé à l'occasion de chaque injection intra-musculaire diminua notablement.

Cependant un nouvel examen hématologique révèle une hypoplaquettose toujours importante : 35.000 plaquettes au mm3 et un temps de saignement arrêté artificiellement à la 15e minute.

8 jours après le début de la maladie alors que j'avais arrêté la pénicilline et le phénergan, il y eut une nouvelle poussée de diarrhée suivie quelques heures après d'une éclosion de taches purpuriques, cependant moins importantes qu'au cours de la première crise.

Cette poussée céda à une reprise du traitement.

Les examens qui suivirent, montrèrent que le chiffre des plaquettes remontait lentement mais régulièrement tandis que le temps de saignement redevenait normal.

Nous avons revu la fillette, il y a quelques jours, soit trois mois après le début de la maladie. La maman nous a déclaré que son enfant n'a plus présenté depuis, le moindre trouble digestif. Les selles sont tout à fait normales. Le purpura n'a plus réapparu. Un dernier examen tout récent a montré un temps de saignement à 2 minutes, un chiffre de plaquettes à 340.000 par mm3.

Les faits intéressants de cette observation paraissent être les suivants :

Il s'agit d'un purpura thrombopénique aigu accompagné de diarrhée dans lequel nous avons été frappé par la concomittance des signes digestifs et hématologiques

Les signes ont apparu presque en même temps, la diarrhée précédant toujours de quelques heures le purpura, ils se sont développés et ont rétrocédé en même temps, apparemment sous l'influence du traitement. La rechute que nous avons observée s'est déroulée selon le même processus.

Passons très rapidement en revue les différents purpuras connus.

Le purpura rhumatoïde de Hénoch s'accompagne lui aussi de troubles abdominaux aigus, mais ce purpura ne s'accompagne jamais, comme dans notre observation, de troubles profonds de l'hémostase. D'autre part, notre malade n'a jamais présenté la moindre manifestation articulaire.

L'hypothèse d'un purpura infectieux doit être également écartée

FRÉNANTOL

COMPRIMÉS

AMPOULES INJECTABLES

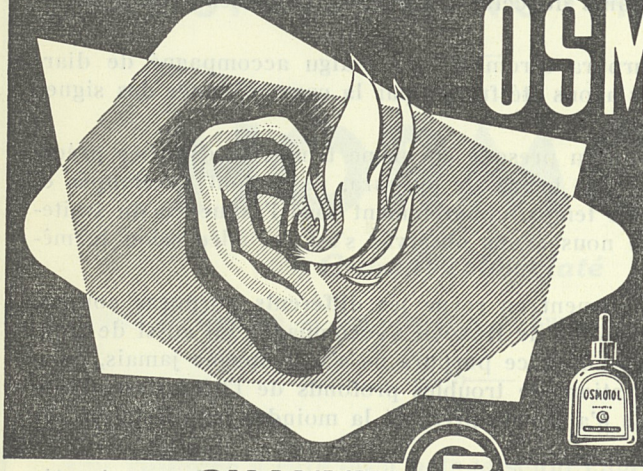
ONGUENT

LAROCHE-NAVARRON

63 RUE CHAPTAL

LEVALLOIS - SEINE - PER. 61-35

OSMOTOL



TRAITEMENT RÉSOLUTIF DES OTITES AIGUËS (OTITE HYPEREMIQUE, OTITE EXSUDATIVE AIGUE).

L'OSMOTOL REALISE PAR OSMOSE LE DRAINAGE A TRAVERS LE TYMPAN, DE L'EXSUDATION INFLAMMATOIRE, PROVOQUANT AINSI LA DECONGESTION DES TISSUS ENFLAMMES.

CHAUVIN BLACHE

AUBENAS — ARDÈCHE

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

du fait qu'il n'y a jamais eu de température, la formule blanche était demeurée normale pendant toute la durée de l'affection.

Il ne saurait s'agir non plus d'un purpura thrombopénique du type hémogénique.

Nous n'avons pas en effet retrouvé le moindre syndrome hémorragique chez les parents ni chez les 5 frères et sœurs de la malade. D'autre part, si ce type de purpura familial chronique peut présenter quelquefois des rémissions cliniques, les désordres sanguins qu'il révèle sont permanents et persistent pendant les intervalles qui séparent les hémorragies.

En conséquence, il ne nous reste à envisager comme hypothèse que celle d'un purpura toxi-allergique; cette hypothèse nous a séduit d'autant plus, que la mère s'est souvenue ultérieurement que sa petite fille avait mangé quelques sardines avariées 24 heures avant le début de la maladie.

Les phénomènes digestifs et hématologiques seraient donc deux manifestations successives d'une même cause : l'allergène alimentaire aurait provoqué à la fois les signes gastro-intestinaux et hématologiques et notre observation pourrait être rapprochée des purpuras provoqués par certains médicaments (sels d'or, quinine, sédormid).

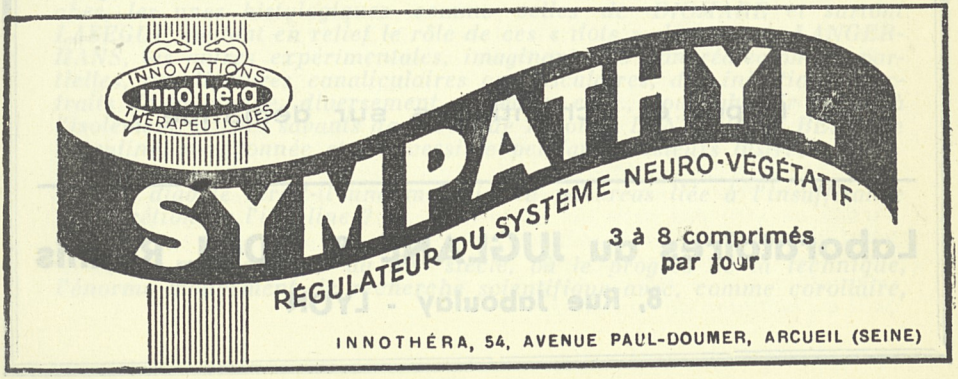
Cependant nous ne disposons d'aucun critère objectif pour affirmer cette étiologie.

Nous n'avons pas pu mettre en évidence dans le sérum de notre malade un anticorps antiplaquettaire actif in vitro. Aussi nous serions heureux de savoir si certains de nos confrères ont eu l'occasion d'observer des cas semblables, ceci nous permettrait d'envisager certains rapports communs entre les phénomènes nutritionels et hématologiques.

Discussion : Prennent part à la discusssion, MM. Delort, Uzan, Hagège.

Sujet en discussion : Les suites des Gastrectomies - Intervention de MM. M. Uzan, A. Zèrah, G. Borsoni, Y. Boulakia, Sassi.

Prochain sujet en discussion : Troubles carentiels et syndromes digestifs.



TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly - Tunis -

JUGLANE

PILULES ANTIDIABÉTIQUES
A BASE D'EXTRAIT DE NOYER

BAUME ADOL

POMMADE ANTIRHUMATISMALE

GOUTTES ADOL

GOUTTES ANTISPASMODIQUES

POTION ADOL

SIROP ANTINÉVRALGIQUE

Dépôt et Echantillons sur demande

Laboratoires du JUGLANE & ADOL Réunis

8, Rue Jaboulay - LYON

PANORAMA ACTUEL DU DIABÈTE COMMUN

par le Dr M. UZAN

——o——

En Guise d'Introduction

*Si, utilisant les artifices du cinéaste, nous remontions le cours du long passé du diabète, pour en « tourner » les événements les plus saillants, sur le fond quasi-désertique des époques les plus anciennes, nous ferions tout d'abord apparaître légèrement dessinés sur l'écran, l'auteur du papyrus EBERS ou ARETEE de Cappadoce, décrivant la « polyurie consomptive ». Puis, dans le déroulement de plusieurs siècles, voici les dégustateurs des « urines mielleuses » : SUSRUTA l'Hindou, tel médecin arabe moyenâgeux comme notre ISHAQ Kairouannais, ou, à la fin du XVII*e *siècle, en plein Occident, l'Anglais Thomas WILLIS, avec près de* 100 *ans après lui, son confrère DOBSON qui éprouva, de plus, la sapidité particulière du sang diabétique C'est ainsi que CULLEN, en* 1775, *peut déjà séparer : diabète sucré et diabète insipide.*

Mais, voici les chimistes au travail. Dès 1830, *au milieu des fioles des laboratoires et des discussions passionnées, les GMELIN et les FRERICH, les CHEVREUL et les CHAUVEAU, les Claude BERNARD et d'autres encore, déterminent enfin, que le Glucose est le sucre en cause. Le diabétique s'avère donc être un hyper-glycémique et un glycosurique chronique.*

Deux expériences retentissantes de Claude BERNARD apportent une première lumière : celle de la piqûre glycosurique du plancher du 4e *ventricule et celle du « foie lavé ». Sur notre écran, se dessinent donc en gros plan un bulbe et un foie. Nous sommes aux environs de* 1850.

Dans les Hôpitaux et dans les Amphithéâtres, les cliniciens se penchent sur le problème : ils sentent, comme BOUCHARDAT dès 1839, *comme LANCEREAUX avec plus de force, à cette époque, qu'un organe, encore mystérieux, le pancréas, a son mot à dire. Et voici que, coup sur coup, de* 1889 *à* 1891, *d'Outre-Rhin d'une part, VON MERING et MINKOWSKI, de Montpellier, d'autre part, HEDON, nous apportent l'écho de leurs expériences de pancréatectomie totale chez le chien. Désormais, et pour un temps long, c'est cette glande pancréatique qui vient occuper tout le premier plan de notre projection.*

De très nombreux auteurs accumulent les résultats de leurs recherches, les unes histologiques comme celles de DIOMARE et surtout LASEGUE mettant en relief le rôle de ces « ilots » décrits par LANGERHANS, les autres expérimentales, imaginant des pancréatectomies partielles, des ligatures canaliculaires ou vasculaires, des injections d'extraits de la glande, diversement préparés, etc..., pour aboutir enfin, à l'isolement, par les savants de l'école de Toronto, BANTING ET BEST, de l'insuline, soupçonnée et inaccessible pendant plusieurs lustres.

Le diabète serait-il une maladie du pancréas liée à l'insuffisance de sécrétion de l'insuline ?

*Mais nous sommes au XX*e *siècle, où le progrès de la technique, l'énorme mouvement de recherche scientifique avec, comme corollaire,*

l'extrême spécialisation des chercheurs, accélère le rythme des travaux et ouvre, à la fois, plusieurs voies aux savants. C'est pourquoi, notre caméra devra, dès lors, à une vitesse acrue, filmer des champs d'activités diverses bien que contemporaines.

Vers 1922-23, l'expérience de MANN et MAGATH, mettant en évidence que l'hypoglycémie qui suit l'hépatectomie, ne peut être surmontée que par l'administration continue de glucose ou de ses polymères directs (maltose ou glycogène), à l'exclusion de tout autre sucre, nous conduit à ramener sur notre écran, à côté du pancréas, le foie trop oublié.

Mais nous voyons les efforts des physiologistes très nombreux qui, comme HOUSSAY ou YOUNG ou LUKENS, pour n'en citer que quelques-uns, viennent nous faire apprécier la part prise dans le drame diabétique par la plupart des glandes endocrines : hypophyse, surrénales, thyroïde, gonades. Et nous voici tenus de faire apparaître en arrière plan sur notre image ces divers organes, avec des « valeurs » d'ailleurs différentes. Le diabète semble ainsi entrer dans le vaste domaine de l'endocrinologie et certains traités ne se font pas faute de classer cette affection non plus dans le cadre des affections de la nutrition, mais bien dans celui des maladies des glandes à sécrétion interne.

Si nous nous tournons alors vers le labeur des biochimistes qui, des PASTEUR, PARNAS, EMBDEN ou MEYERHOF, aux écoles brillantes des CORI, des SZENT GYORGYI, des KREBS ou des CHAIN et combien d'autres de nos contemporains, ont bâti peu à peu une conception de plus en plus cohérente du métabolisme, nous découvrons alors l'existence de la foule des enzymes, des transporteurs et des accepteurs d'ions, des catalyseurs et des inhibiteurs, etc., qui interviennent dans les différentes étapes de ce processus. La vedette pourrait alors se trouver parmi toutes les substances fonctionnelles décrites et n'a-t-on pas été sur le point d'affirmer par exemple : le diabète est la maladie de l'hexokinase ou encore celle des radicaux phosphorés riches en énergie ? En réalité, en soulevant le voile qui cachait à nos yeux le toujours mystérieux laboratoire cellulaire, ces savants nous conduisaient à concevoir que le problème de base restait, en fin de compte, celui des conditions d'utilisation du glucose par la cellule.

Et nous voici amenés à faire paraître en surimpression sur notre écran l'image de plus en plus grande et précise de la cellule elle-même, centre des activités biologiques où doit se jouer le destin du glucose, « the fuel of life », selon l'heureuse expression de Mac LEOD.

* * *

Dans les quelques pages qui vont suivre, nous n'avons pas l'ambition d'évoquer la question du diabète dans toute son ampleur. Il faudrait y consacrer un gros traité et celui de JOSLIN reste un modèle du genre qu'il serait d'ailleurs difficile d'égaler.

Nous voulons seulement insister sur certains points méconnus ou peu connus et que la Science, en perpétuel renouvellement, met en lumière aujourd'hui. Les développements que nous en ferons seront moins en rapport avec l'importance des faits étudiés qu'avec la nouveauté qu'ils apportent à nos conceptions. C'est dire que l'optique que nous aurons ne sera pas celle du traité didactique, mais celle des mises au point parcellaires qui ne peuvent retrouver, comme disent les peintres, l'équilibre des valeurs qu'après la mise en page, c'est-à-dire après leur intégration par le lecteur lui-même dans le cadre de l'ouvrage de base qu'il a l'habitude de consulter.

I. APERÇUS PHYSIO-BIOLOGIQUES

En somme deux grandes sources d'information s'offrent à nous pour l'étude physio-biologique du diabète . la connaissance du métabolisme glucidique et celle des conditions d'installation des diabètes expérimentaux.

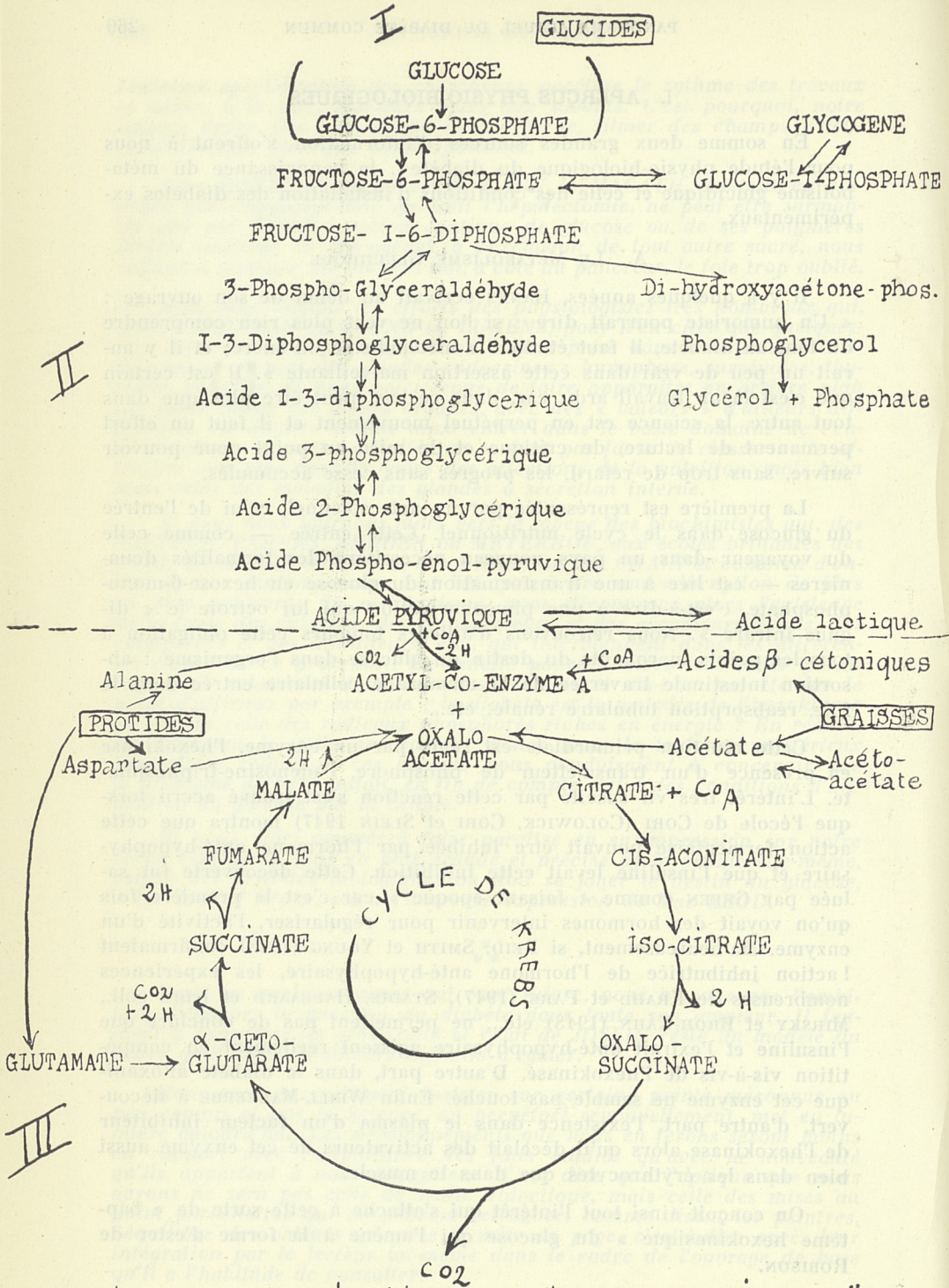
A. Le Métabolisme Glucidique

Il y a quelques années, Hanns écrivait au début de son ouvrage : « Un humoriste pourrait dire : si l'on ne veut plus rien comprendre du tout au diabète, il faut étudier le métabolisme du sucre; et il y aurait un peu de vrai dans cette assertion malveillante ». Il est certain que c'est là un travail ardu car, dans ce cas, peut être plus que dans tout autre, la science est en perpétuel mouvement et il faut un effort permanent de lecture, de critique et de mise au point pour pouvoir suivre, sans trop de retard, les progrès sans cesse accumulés.

La première est représentée par un acte solennel, celui de l'entrée du glucose dans le cycle nutritionnel. Cette entrée — comme celle du voyageur dans un pays nouveau nécessitant des formalités douanières — est liée à une transformation du glucose en hexose-6-monophosphate, c'est-à-dire à une phosphorylation qui lui octroie le « dignus intrare ». Nous retrouvons d'ailleurs toujours cette obligation à tous les points marquants du destin du glucose dans l'organisme : absortion intestinale traversée de la membrane cellulaire entrée dans le foie, réabsorption tubulaire rénale, etc...

Cette réaction primordiale est régie par un enzyme, l'hexokinase en présence d'un transmetteur de phosphore, l'adénosine-triphosphate. L'intérêt très vif suscité par cette réaction s'est trouvé accru lorsque l'école de Cori (Colowick, Cori et Slein 1947) montra que cette action fermentaire pouvait être inhibée par l'hormone anté-hypophysaire et que l'insuline levait cette inhibition. Cette découverte fut saluée par Green comme « faisant époque » car c'est la première fois qu'on voyait des hormones intervenir pour régulariser, l'activité d'un enzyme. Malheureusement, si Reid, Smith et Young (1948) confirmaient l'action inhibutrice de l'hormone anté-hypophysaire, les expériences nombreuses de Krahl et Park (1947), Stadie, Haugaard et leurs coll., Mirsky et Broh-Kahn (1948) etc.., ne permettent pas de conclure que l'insuline et l'extrait anté-hypophysaire agissent réellement en compétition vis-à-vis de l'hexokinase. D'autre part, dans le diabète alloxanique cet enzyme ne semble pas touché. Enfin Weill-Malherbe à découvert, d'autre part, l'existence dans le plasma d'un facteur inhibiteur de l'hexokinase alors qu'il décelait des activateurs de cet enxyme aussi bien dans les érythrocytes que dans le muscle.

On conçoit ainsi tout l'intérêt qui s'attache à cette sorte de « baptême hexokinasique » du glucose qui l'amène à la forme d'ester de Robison.



- Schéma actuel de la dégradation "GLYCOLYTIQUE"

Mais qu'on ne s'y trompe pas. Cette forme ne se trouve que dans la cellule fonctionnelle. Le glucose circule en effet dans le sang surtout à l'état de glucose et les quantités d'hexose-monophosphate qu'on décèle dans la circulation sont très minimes, comme ont pu le constater Boulin et Nepveux chez l'individu sain comme chez le diabétique.

Ceci explique les difficultés qu'ont eu, à Marseille, Dumazert et Lévy avec notre concitoyen Memmi, à résoudre le problème du « glucose faiblement combiné dans le sang » et qu'ils croient être un complexe du type glucosido-glucose-1-phosphate ou maltosido-glucose-1-phosphate.

Or, il y a longtemps qu'on cherchait quel était, selon l'expression de Bouckaert et de Duve, « le sucre actif », celui qui pouvait être métabolisé directement par la cellule. Chain (1952), expérimentant avec les divers hexoses-phosphates a eu la surprise de constater que seul, l'hexose-1-monophosphate (ester de Cori) (et non l'ester de Robison) possédait cette qualité. C'est là un point important qui, s'il s'avèrait définitivement certain, permettrait l'ouverture d'horizons thérapeutiques nouveaux.

La deuxième phase est une phase en quelque sorte « spécifique » du métabolisme glucidique. Elle touche deux à deux évolutions différentes :

L'une mettant en réserve le sucre à l'état de glycogène (glycogénèse).

L'autre dégradant l'hexose-6-monophosphate en vue de son utilisation énergétique (glycolyse).

a) *Glycogénèse* — L'ester de Robison sous l'action de la phosphoglucomutase, en présence de Mg, est transformé en hexose-1-phosphate ou ester de Cori et de là, grâce à la phosphorylase, polymérisé en glycogène et mise en réserve.

b) *Glycogénolyse* et *Glycolyse*. — L'utilisation nutritionnelle va toucher en effet non seulement le glucose mais aussi le glycogène. Pour ce dernier, il est nécessaire qu'il revienne à l'état d'ester de Robison grâce à une glycogénolyse. En principe c'est le chemin inverse de la glycogénèse qui s'accomplit. Cependant, quelques particularités méritent d'être signalées. Cori (1952) a constaté que le glycogène n'est pas constitué comme un polymère banal. On peut représenter le schéma de sa structure comme l'image d'un arbre avec un tronc principal où les divers glucoses sont attachés les uns aux autres par des ponts 1 à 6, des branches très divisées où les liaisons entre glucoses sont du type 1-4. Il faut deux ferments différents pour phosphoryler et séparer ces glucoses = la phosphorylase n'agit que sur les glucoses des branches, à condition encore que les chaînes soient assez longues. C'est une amylo-1-6-glucosidase qui agit sur les éléments du tronc principal. Ceci explique pourquoi dans les polycories glycogéniques, on observe des glycogènes parfois différents, car on conçoit que l'insuffisance de chaînes longues dans les branches ou la carence en phosphorylase, d'une

"la maladie commence aux *veineuse capillaires*"

PROVEINASE

VITAMINÉE C & P

MIDY
1718

stase veineuse
opo-phytothérapie veino-constrictive

fragilité capillaire
synergie vitaminée P et C

3 A 6 COMPRIMÉS PAR JOUR

LABORATOIRES MIDY
67, AVENUE DE WAGRAM - PARIS 17e

Agents dépositaires : SOCIÉTÉ "SPÉCIMEDHY" 37, rue d'Isly, TUNIS

part, que le manque d'amylo-1-6-glucosidase d'autre part, conduisent à des formes différentes de cette substance.

Phosphorylase et amylo-1-6-glucosidase nous ramènent ainsi à l'ester de CORI que la phosphoglucomutase isomérisera et nous revoici au stade du glucose-6-monophosphate ou ester de ROBISON.

Dans le foie — et dans cet organe seulement — cet ester peut grâce à une phosphatase reprendre l'aspect du glucose.

Mais revenons à notre glucose-6-monophosphate et suivons sa dégradation.

Elle peut emprunter diverses voies et si, en principe, les auteurs décrivent surtout la mieux connue, celle que l'on qualifie de « glycolytique » d'EMDEN-MEYERHOF, cela ne signifie point qu'il n'y en ait qu'une. On représente en effet maintenant à côté d'elle, une voie dite « oxydante » (ou de WARBURG-LIPMAN-DICKENS) ou l'ester de ROBISON subit une transformation en phosphogluconate puis en pentose-phosphates, ce qui éclaire d'ailleurs un peu sur l'origine des pentoses organiques dont la filiation demeurait mystérieuse.

Toutes ces larges avenues métaboliques ont d'ailleurs des chemins de traverse qui les relient le long de leur parcours, ce qui assure plus d'unité et plus de souplesse dans le métabolisme.

Je ne décrirai pas la voie glycolytique classique bien connue où l'on retrouve successivement : la fructose-6-phosphate (ester de NEUBERG), le fructose-6-diphosphate (ester de HARDEN et YOUNG), la scission en trioses-phosphates qui, après isomérisation, énolisation et transphosphorylation aboutissent à l'acide pyruvique, acide monocarboxylique, à trois carbones seulement.

Les autres voies catoboliques aussi nous ramènent à ce grand carrefour pyruvique qui prend l'aspect de « plaque tournante » permettant d'aller déjà au delà du catabolisme strict des glucides.

Ce qu'il faut surtout retenir dans l'évolution de cette phase c'est qu'elle est presque complétement occupée par des réactions de phosphorylations qui se font aux dépens de liaisons riches en énergie, provenant de la dégradation de l'adénosine-triphosphate (ou ATP). En effet, le passage ATP - ADP, comme le suivant ADP - AMP libèrent chacun 10.000 cal. environ et le 3e passage AMP - AAP seulement 3.000. On conçoit dès lors l'importance de ces transporteurs de phosphoryl et l'on saisit mieux la façon dont se constituent les réserves d'énergie dans le muscle par exemple sous la forme de créatine-phosphate.

Un travail récent de TRAVIA (1952) étudie, dans le diabète humain et expérimental, les variations du contenu du sang et des tissus en ancurine (vit. B_1 et cocarboxylase, lactoflovine et son ester phosphoré, ATP et ADP, créatine-phosphate, et phosphatases, et conclut à cette notion que les altérations des phosphorylations pourraient bien être une des bases essentielles du diabète.



à tous les âges de la vie...



DIASMINA

GRANULÉ POLYVITAMINIQUE ORGANO-MINÉRAL (Boîtes de 50 grammes).

le Stimulant polyvitaminé de chaque jour

FACTEUR ESSENTIEL DE

CROISSANCE ET DE BONNE SANTÉ. VITALITÉ PHYSIQUE ET INTELLECTUELLE
DÉFENSE CONTRE LES INFECTIONS

INDISPENSABLE AUX

MALADES ET CONVALESCENTS COMME AUX BIEN PORTANTS

Aucune toxicité · Goût agréable · Bien accepté par les enfants

ADULTES : 2 à 3 cuillères-mesures
ENFANTS : 1 cuillère-mesure
} PAR JOUR

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES
RHÔNE Specia POULENC
PARIS
INFORMATION MÉDICALE
28, Cours Albert-1er, PARIS-8e - BAL. 10-70
Boîte Postale 490-08 Paris-8e

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

PUB.

La troisième phrase introduit le cycle organique du glucose dans le pool métabolique général. Les découvertes de la réaction de Krebs, de celle de Breusch, du cycle d'oxydo-réduction de Szent-Gyorgyi, devaient permettre à Krebs de montrer que l'on pouvait systématiser ce métabolisme à partir de l'échelon pyruvique, dans un circuit : le cycle de Krebs, véritable machine à broyer la molécule, aboutissant, en fin de compte, à la dislocation de cet acide et à la libération de H_2O et de CO_2.

Longtemps on s'est posé le problème de savoir comment se faisait a condensation de l'acide pyruvique avec l'acide oxalo-acétique, aboutissant à la formation intermédiaire d'un composé à deux atomes de C. On avait appelé ce composé l'*acétate actif* qu'on pensa être ensuite un acétyl-phosphate, donneur d'acétyl. La découverte du Co-enzyme A par Nachmanson (1947) et son étude par Lippmann, Lynen, et tant d'autres, devaient conduire à identifier aujourd'hui l'acétyl-Co A à l'acétate actif. Ainsi, le cycle de Krebs prend une cohésion totale. Ouvert par bien des points aux autres métabolismes, il nous montre nettement les rapports du métabolisme glucidique avec ceux des lipides et des protides. Des « plaques tournantes » apparaissent à divers échelons (pyruvique, acétique, α-cétoglutarique et oxalo-acétique) orientant ainsi en particulier et surtout, d'une part la dégradation glucidique vers la lipogénèse et la cétogénèse et, d'autre part, la dégradation protidique vers la gluconéogénèse.

L'on peut ainsi concevoir les compétitions mettant aux prises ces diverses réactions métaboliques et bien des troubles classiquement azotés dans le diabète y trouvent une explication.

On ne peut d'ailleurs séparer, sans artifice, glycogénèse, glycogénolyse et glycolyse, gluconéogénèse, cétogénèse et lipogénèse, car tous ces actes s'intriquent, interfèrent et s'équilibrent au mieux des besoins de l'organisme.

L'élément régulateur semble en être le foie. En effet, c'est dans cet organe que toutes ces opérations se réalisent au maximum, c'est là aussi que les compétitions métaboliques évoquées se retrouvent au maximum. Placé au nœud d'interférence des circulations portale et générale, cet organe se présente à la fois comme écluse, station d'épuration, usine de fabrication, entrepôt de stockage, tout à la fois. C'est pourquoi l'hépatectomie conduit à la mort rapidement; c'est pourquoi elle mène à l'hypoglycémie même chez l'animal rendu diabétique au préalable et nous ne pensons pas dans ce dernier cas qu'on doive qualifier de guérison un tel résultat.

Cette énorme « centrale » agit cependant, comme le suggère Soskin, vis-à-vis de l'organisme entier, à la façon du « thermostat », débitant du glucose dans la circulation, le stockant au contraire ou le transformant dans le sens des utilisations énergétiques ou d'une lipogénèse de réserve, suivant les variations des besoins.

Mais le commande de ce « thermostat » est hors du foie. Elle est surtout dans le pancréas producteur d'insuline et Soskin fait remar-

BRONCHITES
GRIPPES
AFFECTIONS PULMONAIRES

Laboratoires
F. BOUCHARD
6, rue Anna-Jacquin
BOULOGNE (Seine)



TUNISIE — **Ets NOTE**, 61, Avenue Garros — Tél. 97.090 — TUNIS

quer avec raison que cette hormone est déversée dans le système porte et qu'elle doit donc traverser le foie obligatoirement.

Le mode d'action de l'insuline malgré bien des précisions obtenues déjà reste encore obscur. Nous avons rappelé son rôle présumé au cours de l'action enzymatique de l'hexokinase. Mais elle semble intervenir dans bien des processus encore : à l'échelon des compétitions graisses-glucose dans le foie, favorisant la synthèse des acides gras et combattant la cétogénèse, à celui de l'utilisation tissulaire du glucose en en accélérant la consommation (ce qui peut se mesurer expérimentalement grâce à la « méthode du diaphragme » du rat de GEMMIL); elle s'oppose à l'action isolée ou concertée des hormones anté-hypophysaires et cortico-surrénales sur la mobilisation des graisses et sur la gluconéogénèse; elle contrebalance l'activité glycogénolytique du glucagon et de l'adrénaline.

La secrétion pancréatique de l'insuline est actellement un peu mieux connue : on sait que les granulations β en sont le précurseur et que cette secrétion, favorisée par la glutathion et les composés riches en radicaux thiols, est par contre, inhibée par la foule de substances qui, comme l'alloxane sont capables de produire des lésions des cellules β.

Il est certain que tout se passe, en fin de compte, dans le diabète, comme si les troubles de la régulation métabolique glucidique étaient liés à l'insuffisante insulinique soit parce qu'elle est secrétée en trop petite quantité, soit parce que les besoins en cette hormone augmentent au delà des possibilités de production des cellules β, soit enfin parce que cette insuline est détruite ou voit son action contrariée pour quelque autre chose. C'est ainsi d'ailleurs que MIRSKY pose le problème.

Parmi les substances détruisant l'insuline circulante, on doit faire mention d'un système enzymatique « *l'insulinase* » qui se trouve dans tous les tissus et qui a pour mission de bloquer les excédents hormonaux (MIRSKY et BROH-KAHN 1949).

On est évidemment tenté de revenir à l'idée unitaire du diabète toujours pancréatique, lorsqu'on songe, avec WILDER, que l'insuline reste l'unique hormone hypoglycémiante opposant sa seule action à toutes les sollicitations hyperglycémiantes très nombreuses : alimentaires, endocriniennes, nerveuses, etc...

Mais encore faut-il faire état aujourd'hui du fait que le pancréas a vu s'étendre sa capacité endocrinienne. Après l'isolement des hormones « vasculaires » *callieréine* de KRAUT ou *angioxyl* de GLEY, DRAGSTEDT d'une part, SANTENOISE de l'autre, ont démontré que cet organe secrétait encore des substances à tendance *lipotrope : le lipocaïe* et la *vagotonine* si importants pour le mouvement des lipides et si utiles au diabétique. Mais la découverte du facteur *H. G.* (hypoglycémiant-glycogénolytique) ou *glucagon* nous ouvre de larges horizons.



TUNISIE : Ets ZANA et COHEN-JONATHAN

14 bis, Rue Arago — TUNIS

Si Burger put séparer de certaines insulines un tel facteur, les expériences de Thorogood et Zimmermann (1945), laissaient déjà prévoir la secrétion pancréatique d'un principe de ce genre vraisemblablement hyperglycémiant et inhibiteur de la cétogénèse. Les travaux de Sutherland et de Duve (1948) surtout devaient préciser tous ces points et Bornstein, Reid et Young (1951) confirment la secrétion de ce facteur par les cellules α stimulées par l'hormone anté-hypophysaire. La possibilité d'agir directement sur les cellules α (comme par exemple au moyen du Cobalt qui les détruit, comme l'a montré Van Campenhout), a permis de mieux poursuivre l'étude de ce facteur dont Staub et ses collaborateurs ont pu récemment pousser la purification. On voit ainsi que le pancréas est capable d'agir sur le débit hépatique du glucose de deux façons au moins : en le réduisant grâce à l'insuline, en l'accélérant, grâce au glucagon.

L'étude des diabètes expérimentaux va vous permettre d'étendre le débat.

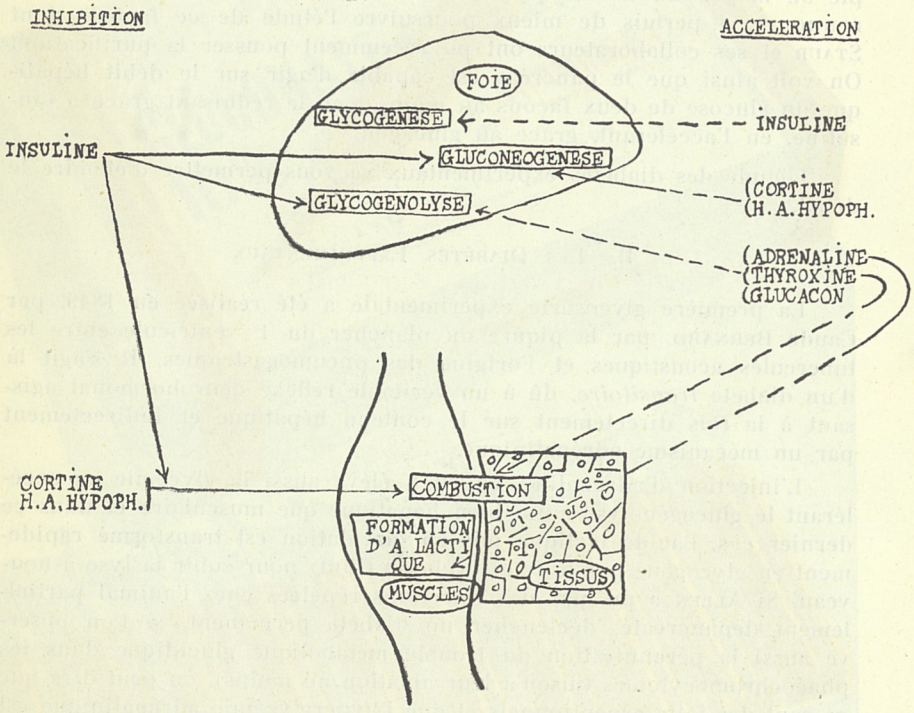
B. Les Diabètes Expérimentaux

La première glycosurie expérimentale a été réalisée en 1849, par Caude Bernard, par la piqûre du plancher du 4e ventricule entre les tubercules acoustiques et l'origine des pneumogastriques. Il s'agit là d'un diabète *transitoire,* dû à un véritable réflexe neurohormonal agissant à la fois directement sur le contenu hépatique et indirectement par un mécanisme adrénalinique.

L'injection d'adrénaline, en effet, élève aussi la glycémie en accélérant le glucogénolyse aussi bien hépatique que musculaire et dans ce dernier cas, l'acide lactique mis en circulation est transformé rapidement en glycogène par le foie (cycle de Cori) pour subir la lyse à nouveau. Si Allen a pu, par des injections répétées chez l'animal partiellement dépancréaté, déclencher un diabète permanent, si l'on observe aussi la pérennisation du trouble métabolique glucidique dans les phaéochromocytomes (jusqu'à leur ablation au moins), on peut dire que ce sont des faits exceptionnels et que l'hyperglycémie adrénalinique est aussi une réaction transitoire.

Transitoire encore est l'action de certains extraits anté-hypophysaires. Le « diabète hypophysaire » de Houssay s'obtient, en effet, par l'introduction répétée intra-péritonéale d'un extrait frais du lobe glandulaire. La montée de la glycémie ne se fait pas immédiatement : il existe un temps de latence qui varie de 2 à 3 jours; puis, si on persiste dans l'administration du produit aux mêmes doses, la glycémie revient normale au bout de quelques jours et, pour entretenir l'état diabétique, il faut augmenter les doses. Il s'agit donc d'un diabète transitoire dont la plus remarquable caractéristique est l'insulino-résistance.

Mais à côté de ces diabètes expérimentaux *transitoires,* on a pu aussi — et c'est le plus grand nombre des faits observés — réaliser des diabètes *permanents.*



ACTIONS HORMONALES SUR LE METABOLISME GLUCIDIQUE

On peut les obtenir de deux façons principales : soit en supprimant le pancréas, soit en introduisant dans l'organisme intact des produits divers. Nous retrouvons là une division chère à FIESSINGER lorsqu'il expérimentait sur le foie : expérience organe absent ou organe present.

a) *Expériences pancréas absent.* — La pancréatectomie totale réalisée par VON MÉRING et MINKOWSKI (1889) et par HÉDON (1890) déclenche, en quelques heures, un diabète avec hyperglycémie, glycosurie, polyphagie, amaigrissement rapide une cétose modeste. Ce diabète est très sensible à l'insuline qui peut permettre la survie quasi indéfinie de l'animal à condition cependant qu'on ajoute au régime, des facteurs lipotropes ou du pancréas cru, évitant la dégénérescence graisseuse du foie.

Si comme HOUSSAY, on adjoint l'hypophysectomie à la pancréatectomie, le diabète devient moins sévère; il en est de même si l'on surrénalectomise l'animal en expérience (LONG et LUKENS, KENDALL).

On a essayé, très tôt, d'effectuer des pancréatectomies partielles et, déjà, les premières expérimentations montraient qu'il fallait enlever au moins les 9/10 de la glande pour obtenir un diabète net. SANDMEYER, cependant, avait observé, plusieurs mois après une ablation incomplète, une glycosurie persistante. D'où les essais répétés qui ont permis l'étude des conditions d'apparition d'un tel diabète et surtout l'étude histologique des fragments restant. A noter enfin que les diabètes, ainsi créés, pour légers qu'ils soient en apparence, sont bien souvent beaucoup moins sensibles à l'insuline que ceux qui surviennent après pancréatectomie totale : celà tiendrait, probablement, à la persistance des cellules α en plus grand nombre que les β dans les îlots encore actifs et, par suite, à la sécrétion proportionnellement plus élevée du facteur H G ou glucagon.

La pancréatectomie partielle, de même que l'injection de grosses quantités de sucre, permet de « sensibiliser » en quelque sorte, l'action des hormones ou produits diabétogènes injectés à l'animal.

b) *Expériences pancréas présent.* — On peut, en effet, obtenir toute une série de syndromes diabétiques au moyen de telles injections.

Ce sont surtout des *hormones* qui ont d'abord été utilisées.

YOUNG a pu réaliser chez le chien adulte à pancréas entier un diabète par injections d'extraits hypophysaires grâce à la répétition des doses et à leur augmentation progressive jusqu'à obtenir une glycosurie et une hyperglycémie persistantes. Les premiers jours, on a les effets du « diabète hypophysaire » de HOUSSAY, mais au bout de 20 à 25 jours ou plus, on obtient un « diabète méta-hypophysaire » (selon la terminologie de cet Auteur) plus insulino-sensible et où le pancréas apparaît alors lésé. Le *diabète de Young* étudié en France par LOUBATIÈRES surtout est hyperglycémique, glycosurique, peu azoturique et souvent très cétosurique surtout pendant les injections et si l'animal est soumis à un régime trop carné; l'insulinothérapie l'améliore.

Certains auteurs, comme Reid, ont tenté de remplacer l'extrait antéhypophysaire par la somatormone ou G.H. : Campbell et ses coll. en particulier ont pu obtenir ainsi un véritable diabète méta-hypophysaire chez le chien. Avec l'A.C.T.H., les résultats sont inconstants chez le chien mais plus nets chez le rat nourri abondamment de glucides (Ingle, Evans et Li).

Les extraits cortico-surrénaux peuvent donner des résultats similaires. Avec la corticostérone, la 17-hydroxycorticostérone (composé F de Kendall) la 17-hydroxy-11-déhydrocorticostérone (composé E) à fortes doses, Ingle a pu créer des glycosuries persistantes chez le rat à régime hyperglucidique. La cortisone semble moins active que l'A.C.TH. qui libère brutalement la 17-hydroxycorticostérone qui semble être l'hormone surrénale la plus offensive dans ce cas (Conn et coll., Sprague, etc). La pancréatectomie partielle facilite le déclenchement de ce *diabète stéroïde.*

Houssay fait ingérer à des chiens dépancréatés partiellement ou ayant subi autrement des injections d'extraits hypophysaires, de l'extrait thyroïdien et obtient d'abord un « diabète thyroïdien » puis « métathyroïdien », celui-ci très voisin du diabète « métahypophysaire ».

Mais il n'est pas que les *hormones* qui peuvent, lésant, le pancréas secondairement, créer un trouble permanent du métabolisme glucidique.

On connaissait bien avant, les glycosuries provoquées par le phlorizoside (Von Méring), mais il s'agissait là d'un trouble *rénal* qui n'a pas place dans notre exposé.

Il a fallu qu'en 1953, Dunn, Sheehan et Mc Letchie découvrent l'action diabétogène de l'alloxane pour que s'ouvrent subitement pour les expérimentateurs les voies de réalisation de diabètes « chimiques ».

Lorsqu'on tente de réaliser un diabète alloxanique, on observe, comme le dit Loubatières, trois phases distinctes :

1° Une première phase d'oscillations glycémiques : d'abord très courte hyperglycémie (2 heures parfois) puis hypoglycémie avec ou sans convulsions durant, suivant l'animal, de 1 à 5 jours. De Moor rattache ces accidents à la réaction d'alarme et au syndrome d'adaptation de Selye;

2° Une phase où l'hyperglycémie est peu stable et pendant laquelle parfois le syndrome tourne court et évolue vers la guérison;

3° C'est au delà du 17e jour en général que l'on peut considérer que le diabète est réellement installé.

C'est un diabète très hyperglycémique, très glycosurique, peu azoturique, accompagné souvent de cétose modérée; l'amaigrissement qui en résulte est rapide, il est sensible à l'insuline mais en nécessitant cependant d'assez fortes doses.

Histologiquement les lésions pancréatiques observées attaquent surtout les cellules β qui sont dégranulées, hydropiques et nécrosées, contrairement aux cas de diabète de SANDMEYER ou de YOUNG où l'on observe surtout la dégénérescence hydropique.

Les raisons de ces atteintes ont été recherchées et sans entrer dans le détail des travaux nombreux de DUNN, LOUBATIÈRES, HOUSSAY, LAZAROW DE MOOR, BINET et WELLERS, etc, etc...., nous pouvons résumer en quelques mots leur pathogénie. L'insuline a besoin pour être secrétée de la présence de radicaux « thiols » que le glutathion présent dans les cellules β lui apporte. L'alloxane est une substance qui est avide de ces groupements soufrés. D'ailleurs bien des composés sulfhydrilés tels que non seulement le glutathion, mais encore la cysteine, l'acide thioglycolique, thioacétique, thiomalique, thiolactique, le B.A.L. les antithyroïdiens de synthèse du groupe des thiouracile, etc. protégent le pancréas contre l'intoxication alloxannique. L'action thioloprive peut s'exercer encore hors du pancréas au niveau de multiples réactions enzymatiques du métabolisme glucidique. En effet, les enzymes sont des substances protidiques comportant des acides aminés, soufrés et parfois même du glutathion; les radicaux thiols sont plus ou moins libres mais hexokinase, phosphoglucomutase, phosphorylase, (GILL, BENARD, etc.). etc., voire le co-enzyme A sont sensibles à l'agression thioloprive.

L'alloxane, qui touche par sa composition à de nombreux composés intéressant le métabolisme en général (urée, acide urique, isoalloxanthine, allantoïne), prend lui-même figure de métabolite et LOUBATIÈRES a pu effectuer des dosages de cette substance dans le sang des diabétiques où il s'élève. Y aurait-il une alloxanémie particulière chez ces malades ? L'alloxanémie normale serait de 0,25 à 0, 50 mgr. par litre de sang; la pancréatectomie l'élève à 3 et 4 mgr. p. l.; l'insuline et la phloridzine l'abaissent. LOUBATIÈRES a pu trouver jusqu'à 3 mgr. par litre chez des diabétiques. Poussant plus loin, pourrait-on accepter la théorie de GAARENSTROMM (1948-1951) qui veut que l'alloxane endogène est la cause de l'hyperglycémie et est par suite le stimulant physiologique de la sécrétion insulinique ?

La découverte des possibilités diabétogènes de substances « alloxane-like » (acides dialurique, violurique, barbituriques, alloxanthine, etc.), avaient attiré l'attention sur deux substances, en particulier, présentes habituellement dans nos humeurs : c'est le cas d'abord de l'acide urique diabétogène selon GRIFFITHS, ce qui pose d'une façon très précise la question des relations de la goutte et du diabète; c'est ensuite celui de l'acide déhydro-ascorbique (PATTERSON 1949) ce qui nous ramène au métabolisme de la Vitamine C.

Toutes ces substances comme l'alloxane sont capables de réaliser, avec les acides-animés de l'organisme, la réaction de STRECKER qui est une forme très particulière d'oxydo-réduction.

Bien plus, l'alloxane détient une autre propriété encore, celle de

CÉPHALOSE *amphétaminée*

A L'ACIDE GLUTAMIQUE

Déficiences intellectuelles
surmenage physique

AMPOULES BUVABLES
★
COMPRIMÉS
★

LABORAL - LABORATOIRES DE L'AEINE
6, PLACE CLICHY - PARIS 9e • PIG. 63-03



EXO-THION "Cicatrisations"

INOSIMÉSOL-CHOLINE "Insuffisances Hépatiques"

EGIC

INOSIMÉSOL-CHOLINE "EGIC" : Boîte de 6 et 18 ampoules buvables
EXO-THION : Poudre et Pommade

L'ÉQUILIBRE BIOLOGIQUE - COMMENTRY - ALLIER

Wallace et Draeger

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

complexer le zinc. Or, la synthèse de l'insuline ne peut se faire qu'en présence de traces de ce métal. D'où l'idée de rechercher si d'autres « complexeurs du zinc » (Chelating agents) n'auraient pas quelque vertu diabétogène. KADOTA qui s'attela l'un des premiers à cette tâche a pu ainsi montrer que, surtout, l'oxine, la dithizone se trouvent bien dans ce cas, rejoignant les travaux de DUNN, LUKENS, LAZAROW sur l'action semblable de certaines styril-quinolines.

Comme on le voit, les possibilités expérimentales du « diabète chimique » restent immenses. Elles ne doivent pas faire perdre de vue deux faits plus simples et plus pratiques auxquels il faut aussi songer :

1° L'injection, l'administration ou la perfusion de sucre en grande quantité peuvent-elles provoquer le diabète ? Oui, nous répondent les expériences de DOHAN et LUKENS sur l'animal entier, encore mieux nous disent celles de MIRSKY et ses coll. lorsque l'animal a été partiellement dépancréaté au préalable. Les régimes hyperglucidiques facilitent d'ailleurs l'éclosion de diabètes produits par les injections d'hormones diabétogènes ou du diabète chimique.

La suppression totale des glucides peut, parfois conduire aussi au diabète, s'il s'agit surtout de sujets dont le régime est ordinairement riche en carbohydrates (Chambers, Himsworth, etc.).

2° L'administration trop prolongée d'insuline, surtout à très fortes doses, a-t-elle une action sur les îlots ? On soupçonnait un peu déjà l'effet de telles pratiques en clinique. L'expérimentation de MIRSKY et ses coll. est particulièrement éloquente : Des chiens, pancréatectomisés partiellement, reçoivent pendant plusieurs mois des injections d'insuline-retard en vue de les maintenir hypoglycémiques d'une façon permanente, deviennent diabétiques à l'arrêt du traitement et l'examen histologique du fragment restant montre la quasi-totale disparition des îlots de Langerhans. C'est là une constatation des plus instructives pour le thérapeute qui doit savoir être parfois très prudent dans sa posologie.

Grâce à tous les moyens mis ainsi à notre disposition, nous devrions pouvoir faire le point parmi les grandes hypothèses pathogéniques concernant le diabète. On opposait, dans le passé, la théorie de la *non utilisation* soutenue par MINKOWSKI, LUSK, etc., à celle de la *surproduction* émise surtout par VON NOORDEN et reprise par GEELMUYDEN, MAC LEOD et tant d'autres.

Si l'abaissement du Q. R. au cours du diabète expérimental semble accréditer l'hypothèse de non utilisation, si même les expériences récentes de VILLÉE et HASTINGS (1949) au moyen de la technique du muscle diaphragmatique du rat, ou celles de STETTEN, WELT, INGLE et MORSLY (1951), au moyen du glucose radio-actif, décèlent un ralentissement de l'utilisation du sucre chez l'animal diabétique, les constatations de CHAIKOF et ses coll. montraient que lapins normaux et lapins alloxamisés utilisent autant le glucose. HÉDON faisait déjà remarquer

qu'il était difficile de concevoir qu'un animal contracte son muscle en utilisant autre chose que du sucre.

D'autre part, la théorie de la surproduction avec ses corollaires nécessaires d'hyperglycogénolyse et d'hyperglyconéogénèse semble être débordée aussi. D'ailleurs CRANDALL et LIPSCOMB en 1947 mesurant exactement les quantités de glucose disparues du foie au cours du diabète expérimental, n'arrivaient pas à déceler une « surproduction ».

Chez l'homme, grâce au cathétérisme de la veine sus-hépatique, SHEILA SHERLOCK et ses coll. (1951) n'ont pu non plus constater, une augmentation nette du débit du glucose hépatique chez les diabétiques.

Tous ces faits ne sont pas absolument inconciliables. Il est possible comme le veut, de DUVE, d'envisager une théorie de *moindre utilisation — surproduction.*

Mais dans tout celà le fait essentiel est le niveau de la glycémie. SOSKIN le montre d'une façon particulièrement claire. A un chien hépatectomisé, on adapte une pompe à injection constante débitant une quantité déterminée connue de sucre dans les veines sus-hépatiques. On peut dès lors facilement étudier la vitesse d'utilisation du sucre en fonction du débit de la pompe. On trouve que chez l'animal normal, pour des glycémies entre 100 mgr. % et 450 mgr. %, cette vitesse est proportionnelle à la hauteur de la glycémie. Chez le diabétique, on peut obtenir une courbe semblable, mais en envisageant des glycémies plus élevées entre 250 mgr. % et 650 % par exemple. Tout se passe donc comme si l'élévation du niveau glycémique compensait la difficulté d'utilisation tissulaire. Dans ces conditions, nous rejoignons les constatations anciennes déjà de CHAUVEAU et KAUFFMANN qui, dosant comparativement le glucose artériel et veineux, montraient que la consommation du sucre par le muscle chez l'animal normal ou dépancréaté était la même à condition que la concentration du glucose dans le sang diabétique soit trois fois supérieure au moins à la consommation normale. MAURIAC et AUBERTIN avaient confirmé ce point. PORGES et SALOMON avaient d'ailleurs vu l'élévation du Q. R. des chiens à foie exclu par des ligatures, même après pancréatectomie. Tous ces faits viennent à l'appui de la conception D'AMBARD (1944) et de CHABANIER (1920-21) sur le balancement compensateur de l'hyperglycémie et du pouvoir d'utilisation du glucose. Il s'est ajouté depuis quelques connaissances nouvelles concernant en particulier la notion « d'espace de distribution » des substances. Or depuis, l'on sait et, LESTRADET y revenait récemment, que l'espace de distribution du glucose dans l'organisme est justement limité au secteur extracellulaire. Ceci donne un argument à ceux qui, comme LÉVINE, pensent que c'est la phosphorylation qui permet le passage de ce secteur à la cellule et que tout se passe comme si l'obstacle à l'utilisation n'était pas un défaut de dégradation du sucre intracellulaire, mais une résistance du passage à travers la membrane cellulaire, nécessitant des concentrations de plus en plus

élevées de glucose dans le liquide extracellulaire.. L'insuline tend à ramener à la normale le franchissement de cette membrane. cette théorie, très réduisante, tend donc à placer la viciation métabolique diabétique au niveau du « seuil cellulaire ». Elle montre le diabète comme un trouble de l'approvisionnement de la cellule en glucose utilisable malgré une élévation de la glycémie produisant en fin de compte selon l'image de STETTEN (1952) « *la famine au milieu de l'abondance* ».

Contre cet état de chose, l'organisme ne peut opposer qu'une seule arme : l'insuline, dont la carence, redoutable, tend à rendre la situation irréversible, si bien qu'on peut dire avec MAURIAC que, dans le diabète, « *si tout ne commence pas par le pancréas, tout finit par le pancréas* ».

(*A suivre*).

Nouveau !
AEÏNE
THÉOPHYLLINE
Comprimés
Suppositoires (adultes, enfants)
LABORAL - LABORATOIRES DE L'AEINE • 6, PLACE CLICHY - PARIS 9e • PIG. 63-03

DOCTEUR . . .
à vos Dyspeptiques,
vos Insuffisants pancréatico-biliaires,
vos Ulcéreux,
à tous vos Malades qui digèrent ou assimilent mal
PRESCRIVEZ :
PANCREAL
KIRCHNER
Complexe d'extraits pancréatiques dégraissés et purifiés
suractivés par des ferments digestifs (diastases)
Contient 100 % d'éléments actifs (ni sucre, ni cacao, ni fécule)
POSOLOGIE : 3 à 4 COMPRIMES APRES LES REPAS
Catégorie B des Assurances Sociales — Echantillon sur demande
Laboratoires du Dr KIRCHNER - 24 bis, Rue de Verdun, STRASBOURG (Bas-Rhin)

SEDOPIAN

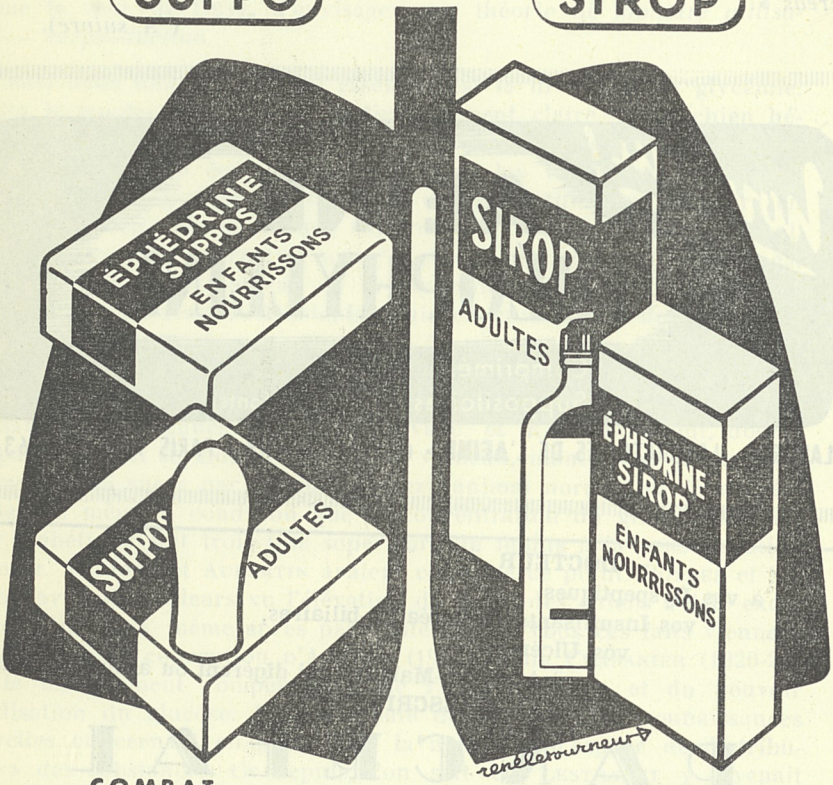
"l'atout contre la toux"

SEDATIF • EXPECTORANT • EUPNEIQUE • OREXIQUE

Rend à l'organisme la faculté d'intensifier ses réactions de défense

2 PRESENTATIONS

SUPPO **SIROP**



COMBAT
L'ELEMENT INFECTIEUX

MORDANCE
L'ACTION DES ANTIBIOTIQUES

REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE

Echantillons et littérature sur demande

REPRIME
LE REFLEXE TUSSIGENE

INCISE
L'HYPERCRINIE BRONCHIQUE

SOCIÉTÉ EXPANSION **SEXTA** THERAPEUTIQUE APPLIQUÉE

20 RUE BRAUHAUBAN — TARBES • HTES PYRÉNÉES

Représentants-dépositaires :

TUNISIE : M. Lucien SAADA, Pharmacien - 42, Av. Garros — TUNIS
ALGERIE : Ets Pharmaceutiques DIAZ - 2, Av. du 9e Zouaves — ALGER
MAROC : Ets Pharmaceutiques DIAZ - 104, Bd de Bordeaux - CASABLANCA

LA RÉFORME DES ETUDES MÉDICALES

par Félix MASSELOT

—o—

La Médecine Moderne veut être **une science.** Cette prétention est justifiée, si l'on songe à l'importance grandissante des Sciences de base, sur lesquelles elle s'appuie et **à l'envahissement d'une technique,** qui emprunte à la science ses méthodes, et aspire à sa précision, au point que l'humble clinicien, apparaît presque aujourd'hui, comme une figure d'un autre âge.

Néanmoins, l'objectif de la Médecine, demeure, maintenant comme naguère, l'étude des maladies et la mise au point des thérapeutiques. Or, qui dit maladie, dit **état fluant, jamais fixé, toujours en devenir.** Comme le dit excellemment BENDA, il n'y a science que de l'**immobile,** et le mouvement lui-même, qui est objet de science, ne peut être étudié que par rapport à des repères, qui eux, sont fixes. Existe-t-il beaucoup de ces jalons immuables, pour appréhender la maladie dans sa mobilité ?

De ce fait, le médecin comme l'artiste, vaut moins par une technique, laborieusement acquise et d'ailleurs indispensable, que par **ses dons personnels d'intelligence et par son bon sens.** Il en résulte qu'un diagnostic exact, ne s'obtient pas et ne se recherche pas, comme la solution d'un problème. Il est essentiellement un **choix personnel entre plusieurs possibilités vraisemblables.** En le portant, le médecin fait donc beaucoup plus œuvre d'artiste que de savant; de ce fait, la virtuosité dans le métier, ne saurait être considérée comme directement proportionnelle, au nombre et à l'importance des diplômes ou titres, quelle qu'en soit la valeur.

C'est pourquoi, je suis persuadé que **la floraison exubérante des certificats de toute obédience,** destinés à sacrer urbi et orbi, la compétence du médecin, en telle ou telle branche de sa profession, accumule pratiquement les fausses garanties, puisque le candidat est **jugé sur ce qu'il sait et non sur ce qu'il vaut.**

Nous sommes, en France tout au moins, (pays essentiellement traditionaliste de tempérament) acculés au fond d'**une impasse, celle des examens et concours.** Nous nous refusons, par routine, à en sortir. Il est vrai, que seuls ont voix au chapitre, ceux qui dispensent les diplômes.

Certes, tous les brocards que les médiocres leur adressent sont infondés (ils sont trop verts...). Il n'empêche, que la Médecine, pratiquée par nos grands maîtres, ne **ressemble en rien à celle qui est le lot du commun des praticiens,** obligés qu'ils sont, de se contenter (en ce qui concerne les installations matérielles et le recours aux examens complémentaires) du minimum indispensable et souvent de beaucoup moins en-

core. Il est facile de constater, que plus on s'éloigne des centres universitaires et plus on se rapproche de la campagne, plus le médecin **est tenu de compter, avant tout, sur ses connaissances cliniques. Or l'enseignement actuel est davantage orienté, vers les acquisitions techniques, que vers la clinique** (dans la généralité des cas).

Je citerai ici le propos que me tint naguère, un jeune et brillant universitaire, que j'interrogeais sur la Réforme de l'Enseignement. « Quand on projette, me disait-il, de doter une région d'un chemin de fer, ce n'est pas aux ingénieurs, mais aux futurs usagers, qu'il faut demander de désigner les localités à desservir. Ce n'est qu'ensuite, que la parole est donnée aux techniciens. »

C'était sous une forme imagée, la critique du recours au Conseil Supérieur de l'Instruction Publique, pour choisir les matières à enseigner sur les bancs du collège, l'aréopage, ne devant intervenir que secondairement, pour dresser les programmes.

Cette boutade peut s'appliquer au sujet qui nous préoccupe, celui de la Réforme des Etudes Médicales, qui s'élabore dans les Facultés. **Ce sont les médecins qui doivent d'abord dire ce dont ils ont besoin qu'on leur enseigne.** (Mais, que de douloureuses amputations à prévoir, dans le domaine des sciences annexes, s'il était ainsi manqué aux usages !)

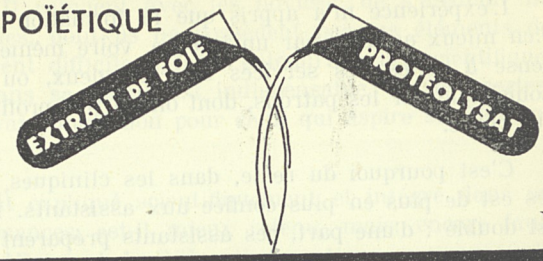
En tant que vieil usager de la Médecine, je n'hésite pas à affirmer ma conviction qu'il convient de partir du principe que **la Médecine s'apprend à l'Hôpital, au lit du malade et non dans les Facultés, sur les bancs d'un amphithéâtre.** Nos vrais professeurs portent la blouse et non la toge. Dans ma génération, les étudiants qui ont prouvé leurs capacités, par leur réussite, n'ont jamais mis les pieds aux cours, sauf peut-être à celui de parasitologie, car le titulaire de la chaire, collait impitoyablement, au deuxième-troisième, les abstentionnistes.

Seulement, on ne saurait bénéficier de l'Hôpital, en suivant une visite, comme cela se pratique actuellement, au milieu d'un troupeau de stagiaires. **Il faut participer à la vie du Service.** Ce qui est impossible dans les Facultés, à moins d'être interne ou externe.

Pourquoi alors, ne pas accréditer, pour le stage, tous les chefs de Service des Hôpitaux et si ceux des Facultés sont insuffisants en nombre, pourquoi ne pas ouvrir aux étudiants, les services des centres non universitaires, où se trouvent des médecins qualifiés pour les instruire ?

On pourrait répartir dans les services universitaires, les étudiants ayant des travaux pratiques à effectuer et refouler les autres dans **des stages internés, sur l'ensemble du territoir.** (Il y a d'ailleurs un timide essai dans ce sens). Ainsi, les jeunes apprendraient leur métier, en soignant, ce qui est la seule façon (c'est en forgeant que l'on devient forgeron), au lieu d'attraper, au vol, des bribes d'enseignement, le plus souvent hors de leur portée.

SYNERGIE HÉMATOPOÏÉTIQUE



PROTIGÉNYL

MÉDICATION STIMULANTE ÉNERGIQUE

Toutes les indications des extraits de foie et des protéolysats en Médecine :

ANÉMIE de BIERMER
PROTIGÉNYL FORT, 1 à 3 amp. par jour

ANÉMIES MOYENNES et LÉGÈRES
ASTHÉNIES, CONVALESCENCES
PROTIGÉNYL FORT, puis NORMAL et GRANULÉ

PRÉTUBERCULOSE, RACHITISME
SUPPOSITOIRES et GRANULÉ

en Pédiatrie :

GASTRO-ENTÉRITE du NOURRISSON
SOLUTION INGÉRABLE STÉRILE spécialement dosée

en Chirurgie :

PRÉPARATION PRÉ-OPÉRATOIRE
PROTIGÉNYL FORT et GRANULÉ à haute dose (100 à 300 g par jour)

5 formules

INJECTABLE FORT
Extrait purifié de **200 g** de foie frais et 0,25 g de protéolysat par amp. de 5 cm 3

INJECTABLE NORMAL
Extrait purifié de 30 g de foie frais et 0,25 g de protéolysat par amp. de 5 cm 3

GRANULÉ
Extrait purifié de 36 g de foie frais et 2,70 g de protéolysat par cuillerée à soupe

SUPPOSITOIRES
Extrait purifié de 30 g de foie frais, 0,25 g de protéolysat, gluconate de calcium, et Vitamine D_2

SOLUTION POUR NOURRISSONS
Extrait purifié de 20 g de foie frais et 0,40 g de protéolysat par amp. à ingérer

LABORATOIRES RONCHÈSE - NICE

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

L'expérience m'a appris que la formation médicale élémentaire est bien mieux assurée par un interne, voire même une bonne infirmière (je pense à celles des services de contagieux, ou aux panseurs de Saint-Louis) que par les patrons, dont on ne tire profit, que lorsqu'on sait quelque chose.

C'est pourquoi du reste, dans les cliniques, l'instruction des stagiaires est de plus en plus confiée aux assistants. Mais, le vice du système est double : d'une part, ces assistants préparent les concours et ont trop de tendances « **à faire la leçon** », **au lieu de dispenser un enseignement socratique, au lit du malade.** D'autre part, les stagiaires sont trop nombreux pour que les mieux intentionnés de leurs moniteurs, puissent s'occuper de chacun d'eux.

Le déplacement des centres d'enseignement élémentaire des Facultés vers les Hôpitaux, ne rendrait pas, pour autant, les chaires magistrales inutiles, bien au contraire. Elles seraient des **centres de perfectionnement** pour ceux qui connaissent les rudiments du métier et qui recherchent un complément d'instruction, soit en vue des concours, soit dans le but de se spécialiser dans une matière. Que n'obtiendrait-on pas, dans cet ordre d'idée, avec des maîtres « full time » dont le temps ne serait pas dévoré par la clientèle et qui pourraient se consacrer à la recherche ? Ceci a d'ailleurs été parfois réalisé par des initiatives individuelles. C'est ainsi, que les cours de FARABEUF et de RIEFFEL, étaient faits pour les aides d'anatomie et les prosecteurs qui les suivaient assidûment, les étudiants y auraient perdu leur latin.

Mais, dira-t-on, les livres sont **insuffisants** pour dispenser un enseignement théorique profitable ? Non, s'ils sont bien faits, et s'ils **sont lus, crayon en main, dans le silence du cabinet,** et non à la hâte, entre deux chopes. Je reconnais que des Professeurs d'une exceptionnelle éloquence et d'une remarquable clarté d'exposition (tels DIEULAFOY ou CASTAIGNE. pour ne parler que des morts) facilitent singulièrement la besogne de l'étudiant, mais l'exception n'est pas la règle et le plus souvent, avec un quart d'heure d'attention, on apprend facilement la matière d'une heure de cours. Rien ne remplace le travail personnel. S'en sont bien aperçus. ceux qui, au cours de la préparation d'un concours, ont fait leurs questions eux-mêmes, au lieu d'apprendre des questions dictées ! (ce qui tend à se généraliser).

Au reste, il est un moyen bien simple et parfaitement efficace, pour instruire théoriquement les étudiants; il existe et n'a besoin que d'être développé : **ce sont les exposés faits en introduction des séances de travaux pratiques.** Le modèle en est l'excellent enseignement donné par les aides d'anatomie et les prosecteurs, à l'ouverture des séances de dissection et, (en cours de manipulations) les conseils prodigués pour aider le maladroit ou éclairer l'ignorant. C'est de **l'enseignement direct et pratique.** Rien n'empêche que dans les autres disciplines, on se mette à la page, mais en partant du principe que **seul est retenu ce qui est à la**

portée des intelligences. Il convient avec les novices, de s'abstenir de développements scientifiques, dont ils ne possèdent pas les éléments de base. C'est malheureusement difficile à faire entendre à un scientifique, qui considère que tout dans sa partie est indispensable. Il l'est certes, pour qui veut faire un savant, mais non pour celui qui aspire simplement à devenir un médecin.

Sans doute, ce qui est expliqué scientifiquement et intégré dans un cadre général de connaissances, est-il mieux retenu, mais, encore faut-il que ce ne soit pas au détriment de l'éducation pratique, artisanale du médecin. Mieux vaut pour celui-ci, savoir diagnostiquer, à coup sûr, une pneumonie, que de pouvoir disserter sur les races de Pneumocoque et les milieux de culture qui leur sont le plus favorables. Il est prudent de ne pas perdre de vue, qu'au début, l'**enseignement médical doit être élémentaire**, et que les matières sur lesquelles il porte, étant très étendues, il **faut savoir se limiter.**

De toutes façons, ce qui est appris hors du contact du malade, est vite oublié. Peut-être en sera-t-il différemment, lorsque l'usage des films éducatifs sonorisés se généralisera, bien que je doute qu'ils puissent jamais remplacer la constation directe des désordres morbides.

Reste à discuter la question délicate de la composition du corps enseignant. Je demeure persuadé que les sciences annexes devraient toujours être enseignées par des professeurs pour qui le diplôme de médecin représente, non une formalité qu'il leur a fallu remplir pour accéder à leur chaire, mais la sanction de connaissances médicales très poussées. De cette façon, ils seraient mieux à même de comprendre ce que leur auditoire attend d'eux.

D'un autre côté, sans demander aux agrégés d'effectuer leur nuit du quatre août, ce qui serait profondément injuste, il est tout de même permis de souhaiter que les Facultés se mettent au pas de leur siècle et qu'elles observent ce qui se passe à l'étranger.

Qu'on se rappelle ce qu'était Koch, avant d'enseigner l'Hygiène à Berlin : un simple médecin de district de Silésie.

Pareille mutation serait non seulement impossible mais impensable en France, où un Duchenne de Boulogne ne serait jamais admis à l'honneur d'enseigner. Pourtant, en Suisse, un médecin de sanatorium de Leysin, qui s'est fait un nom dans la Phtisiologie, fait des cours à la Faculté de Lausanne.

Maîtres comme étudiants, n'auraient qu'à gagner à ce que, ceux qui se sont fait connaître dans la Science médicale, grâce à leur valeur personnelle, soient jugés aussi qualifiés pour pénétrer dans le cénacle, que ceux qui ont triomphé des périlleux obstacles des concours.

RHUMATISME

SALICYLOTHÉRAPIE PERCUTANÉE
CONFIRMÉE SCIENTIFIQUEMENT

PÉNÉTRATION ULTRA-RAPIDE

CONCENTRATION MASSIVE "LOCO-DOLENTI"
EN ACIDE SALICYLIQUE NAISSANT

SOULAGEMENT IMMÉDIAT

DÉCONGESTION PROGRESSIVE



BAUME
ANALGÉSIQUE
ANTIPHLOGISTIQUE
DERMOPHILE
INODORE

Plusieurs frictions par jour

LATÉMA

LABORATOIRES DE THÉRAPEUTIQUE MODERNE

31, RUE DE LISBONNE — PARIS-8e

HARVEY

REPRÉSENTANTS AUX COLONIES :

ALGÉRIE : Société PELASMEX, 8, Rue Ampère, ALGER

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

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

A.O.F. : Société Tropicale de Droguerie, 15, Rue de Thann, DAKAR

INDOCHINE : Comptoir Pharmaceutique d'Extrême-Orient, 34, Boulevard Charner, SAIGON

MADAGASCAR : Office Pharmaceutique Malgache, 58 ter, Rue Gustave-Julien, TANANARIVE

Société de Médecine de Paris

—o—

SEANCE DU VENDREDI 22 JANVIER 1954

Président : Dr P. LE GAC

Sous la Présidence d'honneur du Prof. ROUVILLOIS

Courbes d'Ethylémie. Action de l'alcool. Alcool et accidents. Détection biochimique, par M. L. TRUFFERT.

L'alcool ingéré diffusé rapidement dans l'organisme et son dosage, à divers moments dans le sang, permet de tracer une courbe d'alcoolémie. Celle-ci monte d'abord rapidement (diffusion) et, après avoir atteint un maximum, redescend lentement (élimination). Lorsque la dose d'alcool est particulièrement élevée, cette courbe d'élimination peut présenter un palier correspondant, approximativement, à la quantité d'alcool ingérée par kg. de poids corporel et se situant au moment où le sujet ressent un malaise profond.

L'étude des modifications psycho-physiologiques a montré que l'ingestion de 0 gr. 5 d'alcool par kg. avait une influence néfaste sur certains tests psychotechniques, alors que d'autres étaient améliorés, mais si la dose d'alcool atteint 1 gr. par kg., tous les tests sont défavorablement affectés.

L'ingestion d'alcool présente donc un danger pour les conducteurs de véhicules, bien avant que l'état d'ébriété ou d'ivresse se manifeste.

Afin de déterminer l'imprégnation alcoolique, il est recommandé de recourir au dosage de l'alcool dans le sang, mais celui-ci est trop long lorsque l'on a besoin d'un renseignement immédiat qui peut être donné par une détermination sur l'air expiré. Un appareil très simple, permettant d'effectuer cette détermination, a été mis au point avec S. Tara et la collaboration technique de M. Dupré. Il pourra rendre de grands services à tous ceux qui luttent contre l'alcoolisme.

***

L'alcool est-il un aliment ? par M. V. RAYMOND.

L'alcool dans l'organisme se comporte, non comme un aliment, mais comme un poison :

1° Absorbé très rapidement en nature et désintégré très lentement, il imbibe pendant longtemps les tissus sur lesquels il exerce une action nocive.

2° Sa désintégration se produit par oxydation mais l'organisme ne peut pas en oxyder plus de 6 grammes par heure, quelle que soit la teneur d'alcool dans le sang et les besoins de l'organisme. Il en résulte qu'il faut



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

près de 24 heures pour détruire les 100 à 120 gr. d'alcool qui se trouvent dans un litre de vin.

3° Il se produit pendant cette désintégration, des substances toxiques acétaldéhydes et composés pyruviques.

4° Elle entraîne une avitaminose B, génératrice de lésions graisseuses et cirrhotiques du foie.

5° L'énergie provenant de cette oxydation, qui correspond dans l'organisme, environ à 7 calories par gramme, sert uniquement au maintien du métabolisme basal, car elle n'entraîne aucune augmentation des échanges basaux.

6° De ce fait, l'alcool n'est ni énergétique, ni thermogène. En particulier, de par la lenteur et la fixité de son oxydation, il n'apporte aucun secours à l'organisme en cas de besoin, soit musculaire, soit calorifique.

*
* *

Acquisitions récentes en Thérapeutique, par M. P. SIVADON.

Le traitement de l'alcoolisme doit être envisagé comme celui d'une toxicomanie. Il comporte donc des techniques de désintoxication et des méthodes psychothérapiques.

Les premières utilisent l'alcool glucosé hépatisé, la vitamino-thérapie, la strychnothérapie intensive. Les secondes sont à base de psychothérapie simple de soutien aidée ou non de médications sensibilisantes (antabus), et surtout de psychothérapies de groupe qui visent à modifier la personnalité du sujet et à faire se résoudre les comportements anormaux.

Entre les deux se situent les méthodes de conditionnement (cures de dégoût à l'aide d'apomorphine ou d'antabus).

Le rôle du Service Social dans l'éducation du milieu familial est particulièrement souligné.

*
* *

L'alcoolisme dans les territoires extra-métropolitains de l'Union Française, par M. LA GRAVIERE.

La France, pays le plus alcoolisé du monde, inonde d'alcool l'Union Française tout entière. Voici, à cet égard, des chiffres extraits du Bulletin mensuel de statistique du Ministère de la France d'Outre-Mer :

	1938	1951
	(en tonnes)	
A. O. F. :		
Vins et apéritifs	11.367	39.531
Eau-de-vie et liqueurs	61	1.418

CONES

Solubles Antiseptiques

RENDELL

Ovules de forme particulière (modèle déposé)
facilitant leur utilisation et assurant leur conservation aseptique

●

ACTION SPECIFIQUE SUR LES BACTERIES
ET LES PROTOZOAIRES
DES VOIES GENITALES FEMININES

●

PREVENTION ET TRAITEMENT DE TOUTES
LES INFECTIONS D'ORDRE GYNECOLOGIQUE

●

VAGINITE A TRICHOMONAS

ECHANTILLONS GRATUITS SUR DEMANDE

GYNAZUR

Poudres : 30 sachets

HYGIENE VAGINALE

Laboratoire des Produits W. J. RENDELL S. A. R. L.

BUREAUX : 61, rue Damrémont — **PARIS-18e**

USINE à Colombes (Seine)

Dépositaire pour la Tunisie :

H. VALENSI, pharmacien, 44, Avenue Jules-Ferry, TUNIS.

Cameroun :		
Vins et apéritifs	1.392	18.249
Eaux-de-vie et liqueurs	611	5.643
Togo :		
Vins et apéritifs	310	680
Eaux-de-vie et liqueurs	88	1.397
A. E. F. :		
Vins et apéritifs	2.293	13.969
Eaux-de-vie et liqueurs	108	2.114
Madagascar (de 1938 aux neuf premiers mois de 1951) :		
Vins et apéritifs	6.771	95.849
Eaux-de-vie et liqueurs	334	1.328

Qu'a-t-on tenté de faire devant un tel déferlement ?

En novembre 1948, le Gouvernement a déposé trois projets de loi destinés à combattre l'alcoolisme dans les territoires d'Outre-Mer. En décembre 1949, l'Assemblée de l'Union Française a émis son avis sur ces projets de loi et a fait retentir un véritable cri d'alarme. Depuis cette date, c'est-à-dire depuis plus de quatre ans, la Commission compétente de l'Assemblée nationale s'est bornée à désigner des rapporteurs qui se sont successivement démis. Puis elle a décidé d'ajourner « sine die » la question.

L'âpreté du haut commerce et la carence parlementaire sont ainsi conjuguées pour neutraliser, en permettant le développement illimité de l'alcoolisme, l'œuvre admirable de nos médecins dans la France d'Outre-Mer et leur lutte victorieuse contre la peste, la fièvre jaune, la maladie du sommeil et la lèpre.

***

Alcool et Sécurité Sociale, par M. S. TARA.

On dit la Sécurité Sociale en déficit. L'alcool y contribue pour une large part. Par exemple, si l'on étudie 245 ouvriers appartenant à un groupe professionnel donné et présentant une affection déterminée, l'arrêt du travail moyen est de 45 jours pour les « non imprégnés » et 75 jours pour les « imprégnés », qui représentent 50 % du groupe.

Or, sur une statistique de 1.678 cas, on retrouve une imprégnation certaine chez 40 % des sujets examinés.

***

Alcoolisme et Agriculture, par M. R. DUMONT.

L'Agriculture française n'a, bien au contraire, nul besoin du débouché

INTRAIT DE
MARRON D'INDE "P"

La préparation la plus riche en vitamine "P" native



Varices - Phlébites
Hémorroïdes
Fragilité capillaire

Posologie

FORTE	MOYENNE
100 à 500 gouttes	10 à 60 gouttes



de la culture des plantes alcooligènes. Débarrassée de cette production parasitaire, elle pourrait vite mieux nourrir les Français. Aucune difficulté technique à cette substitution. Le seul obstacle — il est de taille — est législatif. Du régime des alcools au statut viticole, toutes nos lois protègent abusivement les plantes « alcooligènes », mais non les produits aussi indispensables à la santé que le lait.

***

Alcool et finances publiques, par M. BRUNAUD.

Si l'on étudie l'ensemble des dépenses associées pendant l'année 1952 à l'alcoolisme, on arrive au chiffre de 152 milliards. Les recettes fiscales dues aux boissons alcooliques s'élèvent seulement à 60 millions.

Les remèdes à cette situation doivent être cherchés d'abord auprès de l'opinion publique. Tant que le pays ne sera pas suffisamment éclairé sur les effets de l'alcoolisme, il continuera à tolérer que le Parlement ne prenne que des mesures favorables à l'alcool ou se donne bonne conscience par l'adoption de mesures sans portée.

***

Législation de l'alcoolisme, par M. DEROBERT.

Lorsque l'on étudie l'évolution de l'alcoolisme en France, l'incidence des lois relatives à l'alcool et aux boissons qui en renferment, on est frappé de constater qu'aux périodes où les législatures sont pro-alcooliques correspondent des augmentations de l'alcoolisme dans la population, tandis que, lorsque les législatures sont anti-alcooliques, l'alcoolisme diminue.

L'Etat peut donc, s'il le désire et s'il en a la ferme volonté, prendre aujourd'hui, comme par le passé, des mesures législatives conservatoires.

Or, en France actuellement, il n'existe aucune législation contre l'alcoolisme.

***

Quelques mots sur l'alcoolisme, par M. LE COQ.

L'Auteur souligne quelques points essentiels de l'éducation anti-alcoolique. Celle-ci doit commencer à l'école. Le soldat ne doit pas devenir un consommateur forcé. L'alcoolique est un malade qu'il faut soigner. Guéri, il devient souvent un des plus actifs propagandistes dans la campagne anti-alcoolique.

Enfin les moyens de détection doivent tenir compte des causes d'erreurs, notamment des cordiaux que l'on distribue souvent en guise de réconfort.

COLLOGÈNE D'ARGENT

FURONCULOSE
Abcès du sein
Urétrites banales
COLIBACILLOSE

ADULTES : 8 à 12 comprimés par jour pendant 4 semaines

ENFANTS { à partir de 7 ans : 3 à 6 comprimés par jour
jusqu'à 7 ans : 1 comprimé par jour

—o—

AUCUNE TOXICITE

Laboratoires JEANSON — 4, rue du Marché Saint-Honoré
PARIS (1er) — Tél. : OPÉra 07-80

SEANCE DU VENDREDI 26 FEVRIER 1954

Président : Dr P. LE GAC

La Médecine devant le problème de l'alcoolisme, par M. R. MASSART.

L'Auteur, au milieu des polémiques que soulève le problème de l'alcool, où la médecine est dominée par des statistiques, des chiffres, des intérêts multiples, apporte l'avis autorisé d'un praticien.

Je constate que sans être, comme on l'écrit trop facilement, un pays d'alcooliques, la France consomme beaucoup de vin, c'est un fait inhérent à l'éducation des masses, mais qui serait sans grande action sur la santé générale si certaines classes n'en faisaient un usage immodéré.

Cet abus est lié à des causes individuelles, qu'on ne saurait méconnaître et qui agissent, hélas ! dans bien des milieux : chez l'ouvrier, chez le paysan, chez les bourgeois.

L'inconfort, la vie difficile, la misère, sont à la base de bien des intoxications et le problème de l'alcool fait partie de la réforme sociale profonde qu'il faudra avoir le courage d'envisager.

L'Auteur ne pense pas que ce soit en légiférant qu'on supprimera l'alcoolisme, on renforcera la clandestinité.

*
* *

A propos de l'Ostéose iliaque condensante, par F. MAUVOISIN et L. BERNARD.

Affection relativement fréquente, l'O. I. C. se rencontre chez la femme enceinte ou ayant accouché. Seule, la radiographie permet de préciser le diagnostic par la découverte d'une image de condensation typique, triangulaire à base s'appuyant sur l'interligne sacro-iliaque, mais respectant l'articulation et le sacrum. L'aspect de cette image, le mutisme des signes biologiques suffisent pour éliminer la spondylarthrite ankylosante au début, caractérisée avant tout pour une sacrocoxite d'un type spécial avec V. S. accélérée.

L'évolution est bénigne, le traitement simple par les ultra-sons, auxquels on adjoint, soit les eaux sulfurées d'Aix-les-Bains, soit les boues thermovégétominérales radio-actives et naturelles de Dax.

*
* *

A propos du rein polykystique unilatéral, par M. J. E. MARCEL.

L'Auteur présente quatre observations de rein polykystique strictement unilatéral : trois concernent des enfants, une un adulte de 50 ans.

PULMOVACCIN

Toutes les affections microbiennes du Poumon

Complexe d'Essences Balsamiques pures

TUBEROL

Voies respiratoires, Coqueluche, Broncho-Pneumonie

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

CANTÉÏNE

PASSIFLORE

(Sédative) 0,50

ELIXIR — DRAGEES — SUPPOSITOIRES

HAMAMELIS VIRGINICA

(Décongestive et régulatrice du système vasculaire)

XXX gouttes

CRATŒGUS OXYACANTHA

(Toni-Cardiaque)

XXV gouttes

SALIX ALBA

(Fébrifuge)

0,25

MENTHE

(Stimulant)

X gouttes

Triade : Sédative, Régulatrice, Décongestive, Hyperactivée

Indication : Eréthisme cardiaque
Neurasthénie, Névroses, Menopause, Insomnie Cardiotonique Hypotensive

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

BALSEPTOL

Plaies, Brûlures
Affections gynécologiques

DISURYL

Pyélonéphrites
Cystites, Bacilluries

Pour ADULTES et FILLETTES

VACCINOVULES

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

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

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

Dans tous les cas, le diagnostic du rein malade a été confirmé et souvent posé par l'examen anatomo-pathologique; l'intégrité du rein opposé a été vérifiée par l'urographie, la pyélographie, par la séparation des urines et dans un cas par une lombotomie exploratrice. L'évolution du rein restant a été suivie dans un cas durant 17 ans. Ces quatre cas sont à ajouter à d'autres observations, au reste rares et parfois incertaines et aux constatations nécropsiques, qui ne peuvent laisser de doutes. Il en appert que le rein polykystique unilatéral est une entité nosologique certaine dont le diagnostic avec la tumeur du rein est très nuancé et très difficile cliniquement, impossible le plus souvent même, à l'examen macroscopique, facile à la coupe de la pièce et certain à l'examen anatomo-pathologique.

*
* *

Quelques points particuliers sur la Scoliose, par M. C. ROEDERER.

L'Auteur rappelle d'abord la pathogénie de la **Scoliose paradoxale,** source d'erreurs qui peuvent nuire au traitement.

Il pense que beaucoup de scolioses dans lesquelles il n'y a pas d'irrégularité des bases du sacrum ou de la 5e V. L. tiennent aux irrégularités du tropisme des facettes articulaires. La brutalité de ces rotations est démonstrative. Au reste, beaucoup d'irrégularités des bases, immédiatement compensées, ne donnent pas lieu à scoliose.

Beaucoup de sacralisations unilatérales sont surmontées de colonnes lombaires droites.

Il rappelle la compensation de voisinage immédiat de certaines malformations par anomalies vertébrales qui réduit leur ampleur et la stabilité de celle-ci quand l'équilibre est assuré.

*
* *

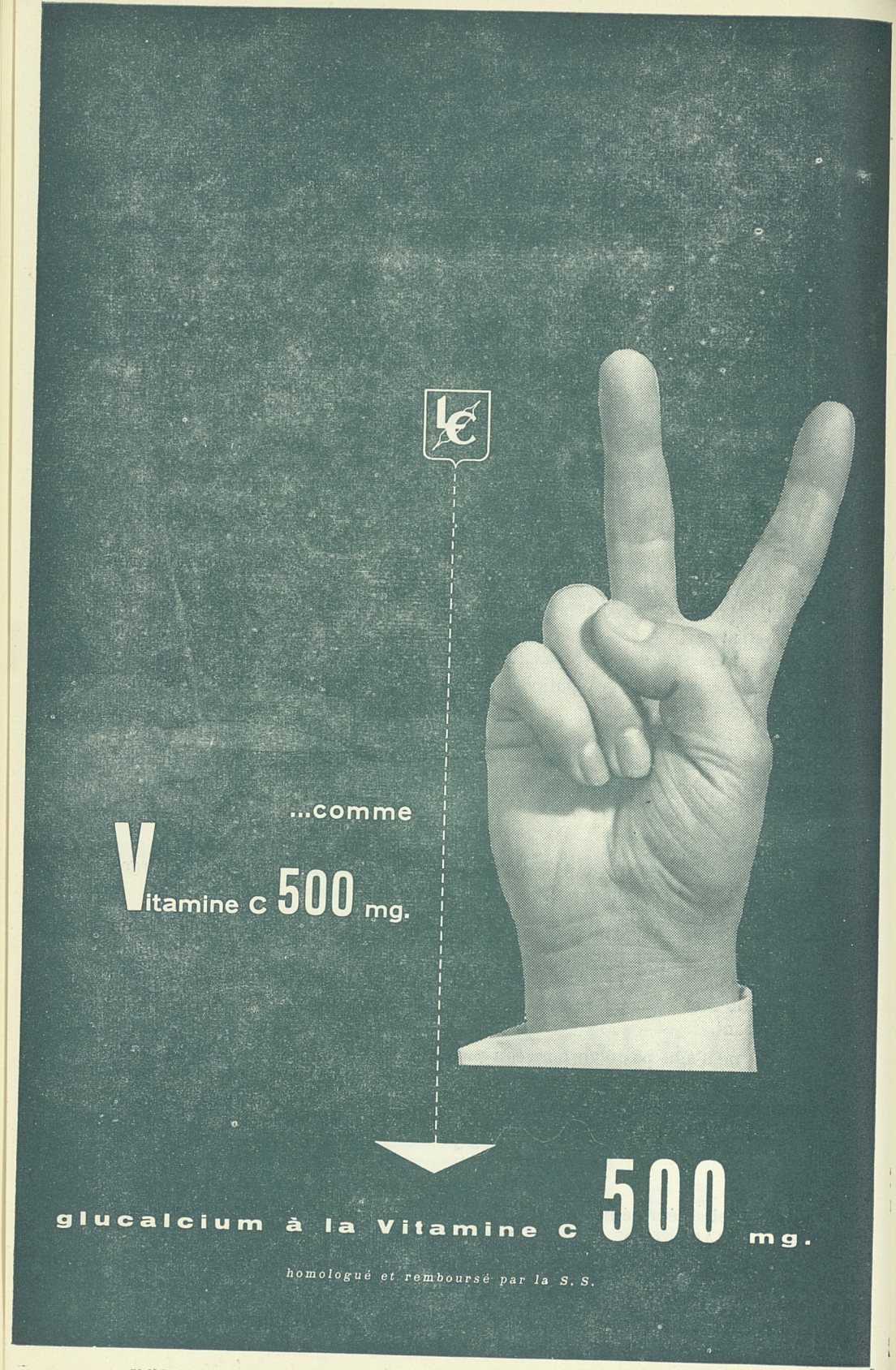
Emploi du 4560 R.P. dans un cas sévère d'Amibiase, par M. Georges CARRAUD (Châtelguyon).

L'Auteur rapporte l'observation d'une Amibiase sévère, rebelle à un traitement anti-parasitaire correctement appliqué, avec important retentissement neuro-végétatif, dans laquelle le Largactil, employé à doses prudentes et sous surveillance attentive permit un résultat immédiat satisfaisant.

Il ne s'agit pas d'un nouveau médicament de fond de l'Amibiase, mais d'une action neuroplégique permettant (dans certaines indications restreintes) d'obtenir ensuite un meilleur effet d'un traitement anti-parasitaire et anti-colitique jusqu'alors inefficace.

*
* *

Le miel déprotéiné injectable (nouvelles observations), par MM. L. MARCERON et J. L. LAFOURGADE.



TUNISIE — **Ets NOTE**, 61 Avenue Garros — Tél. 97.090 — TUNIS

Société Médicale des Hôpitaux d'Alger

Séance du 1er Février 1954

La micro-électrophorèse sur papier avec le bleu de toluidine et ses applications cliniques, par MM. Ed. BENHAMOU, J. PUGLIESE, J. C. CHICHE et P. AMOUCH.

Les Auteurs rapportent leurs recherches sur la micro-électrophorèse avec le bleu de toluidine et en soulignent l'intérêt théorique et les applications pratiques.

On sait que le P.A.S. (Periodic Acid Schiff) colore dans le glycogramme seulement les polysaccharides neutres dont le plus important est l'haptoglobine, et que le Bleu de toluidine simple colore essentiellement les polysaccharides acides et particulièrement l'héparine. Contrairement aux résultats obtenus par MM. RAYNAUD, Robert d'ESHOUGUES et PASQUET, le Bleu de toluidine simple nous a donné de bonnes images, parfaitement lisibles, des sucres acides.

Quand on oxyde les polysaccharides, on obtient avec le Bleu de toluidine la coloration de tous les polysaccharides à la fois neutres et acides. RAYNAUD et ses collaborateurs disent avoir eu avec le Bleu de toluidine oxydé des résultats irréguliers. Sans doute la raison tient-elle à ce qu'ils ont employé pour l'oxydation l'acide périodique, qui transforme le radical 1/2 glycol seulement en groupe aldehyde et à ce que ce groupe aldehyde est trop peu acide pour fixer le Bleu de toluidine. Par contre, quand on a recours à l'eau de Brome, comme oxydant des sucres, on transforme le radical aldehyde en radical carboxyle et l'on obtient alors des images qui représentent bien la somme des polysaccharides neutres colorés par le P.A.S. et des polysaccharides acides colorés par le Bleu de toluidine.

On connaissait déjà les 4 fractions du glycogramme obtenu par le P.A.S. dont les deux principales siégeaient en alpha-1 et en alpha-2. Par la coloration au Bleu de toluidine simple, on peut constater chez l'homme normal que les polysaccharides acides se situent en majeure partie dans l'Albumine, avec une fraction moins importante dans l'alpha-1 et encore plus faible dans l'alpha-2.

Passant aux applications cliniques, les Auteurs montrent que dans la tuberculose pulmonaire, les glycoprotéines acides colorées par le Bleu de toluidine sont augmentées dans les fractions alpha-1 et alpha-2, comme le sont les polysaccharides colorés par le P.A.S., mais que la fraction des polysaccharides acides de l'albumine diminue dans les formes évolutives. Dans la maladie de Bouillaud, ils trouvent l'augmentation des polysaccharides acides et neutres dans l'alpha-1 et l'alpha-2, mais sans diminution des polysaccharides acides au niveau de l'albumine. Dans la néphrose lipoïdique, ils constatent une augmentation franche des sucres neutres et acides au niveau de l'alpha-2, avec une diminution des sucres acides dans

Antiallergique

Bien toléré

THÉPHORINE "ROCHE"

Rhinites

Coryza

Urticaire

Dragées

Sirop

Onguent

PRODUITS "ROCHE" S. A.

10, RUE CRILLON - PARIS-4e

la fraction albumine, peut-être proportionnelle à la diminution de la fraction albumine elle-même. Dans le diabète sucré non décompensé, ils observent une augmentation des sucres neutres ainsi que des sucres acides dans les fractions alpha-2 et surtout Beta. Dans la cirrhose, ils notent une augmentation des polysaccharides neutres et acides au niveau de l'alpha-1, mais surtout une augmentation considérable des polysaccharides neutres et acides situés dans les fractions Beta et Gamma. Le Bleu de toluidine oxydé avec l'eau de Brome, en additionnant les résultats fournis par le P.A.S. et le Bleu de toluidine simple, permet une lecture plus complète des glycogrammes normaux et pathologiques.

*
* *

Miliaire pulmonaire et oculaire, avec crises d'asthme et grande éosinophilie sanguine. Discussion étiologique : tuberculose ou éosinophilie tropicale ? par MM. A. PORTIER et A. SIMERAY.

Les Auteurs rapportent un cas de granulie compliqué de crises d'asthme avec forte leucocytose (36.000 Gl. bl.) et 73 % d'éosinophiles. Le malade a guéri après 8 mois de traitements antituberculeux (streptomycine, isoniazide, P.A.S.), institués à cause de la présence de granulations miliaires à l'examen du fond d'œil.

Les Auteurs discutent le problème difficile du diagnostic entre la tuberculose miliaire et l'éosinophilie tropicale.

*
* *

L'éosinophilie dite tropicale. A propos d'une petite épidémie algérienne. (Résumé), par MM. A. PORTIER et H. VIAL.

Les Auteurs rapportent plusieurs cas de fièvre éosinophilique idiopathique, apparus en 1952-53 dans la région de Bougie, sous forme d'une petite épidémie. Dans la plupart des cas, les manifestations essentielles étaient des troubles digestifs (anorexie, diarrhée, douleurs de l'hypocondre droit). Un seul cas, à évolution prolongée, s'est compliqué de troubles respiratoires (congestion pulmonaire, crises d'asthme, toux coqueluchoïde persistante). Malgré le tableau clinique variable, ces faits ont entre eux des liens étiologiques et épidémiologiques certains et doivent être rapprochés de l'éosinophilie dite « tropicale ».

——(o)——

Séance du 15 Février 1954

La Cortisone dans le traitement des formes évolutives de la maladie de Bouillaud, par MM. Robert RAYNAUD, Jean ROBERT D'ESHOUGUES et Mlle Josiane CLAUSSE.

Les Auteurs ont traité par la Cortosine buccale 16 cas de maladie de Bouillaud à déterminations articulaires ou cardiaques. Cette expérience limitée, mais instructive, leur a permis de dégager les règles de leur actuelle ligne de conduite pratique :

PRIVADOL

LABORAL

ANALGÉSIQUE ATOXIQUE

SANS ASPIRINE
NI PYRAMIDON

3 formes

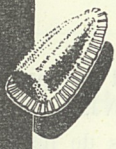
PRIVADOL
cachets

SÉDATIF DE LA DOULEUR



PRIVADOL
suppositoires

ANTIPYRÉTIQUE - ANTALGIQUE



PRIVADOL
ASCORBIQUE
comprimés

MÉDICATION DE LA GRIPPE



LABORATOIRE DE L'AEINE
Service médical • 6, pl. Clichy, Paris 9e • Pig. 63-03

1° dose quotidienne initiale de 300 mgr., puis réduction progressive de 50 en 50 mgr. par paliers de 3 jours, sans descendre au-dessous de 100 mgr.;

2° durée du traitement : 6 semaines;

3° cure de consolidation par l'aspirine : 4 à 6 gr. par jour pendant 3 à 6 mois.

Avant l'institution de la corticothérapie, injection de Novurit. Pendant toute la durée du traitement, régime sans sel, répétition des injections de Novurit (surtout en cas d'insuffisance cardiaque congestive), terramycine (un gramme par jour) et, éventuellement, Tromexane (si le test de résistance à l'héparine indique une tendance à l'hypercoagulabilité).

L'évolutivité du processus rhumatismal est jugée sur les tracés électrophorétiques des glucoprotéines sériques et notamment des fractions alpha-1 et alpha-2.

A la lumière de ces observations, les Auteurs soulignent les effets remarquables de la Cortisone dans certains cas de rhumatisme cardiaque évolutif avec pancardite et asystolie. Ils font toute réserve sur l'interprétation qu'il convient de donner de la disparition de souffles diastoliques apparus avant ou pendant le traitement. Ils signalent un cas de mort par œdème aigu du poumon, des incidents psychiques sans gravité et des rechutes après traitement prématurément interrompu ou après réduction trop précoce des doses. Ils se rangent aux côtés de ceux qui croient à la supériorité de la Cortisone sur le salicylate de soude qu'ils accusent de donner une fausse sécurité, tout au moins aux doses classiques toujours insuffisantes et souvent mal supportées.

*
* *

Le salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, par MM. A. C. LACROIX et R. NICOL.

*
* *

Ulcère du pylore et hyperkinésie vésiculaire, par MM. P. MINICONI, Ch. IMBERT et A. LAQUIERE.

*
* *

Le traitement médical de l'Hydatidose (1re note) : Le Traitement Chimique, par J. THIODET.

La difficulté que présente la thérapeutique chimique tient à ce que le parasite est enfermé et protégé dans ses membranes d'enveloppe. Il ne saurait donc être question d'utiliser un parasitifuge mais bien un parasiticide. Il faut, pour que ce parasiticide ait une action qu'il ne soit pas toxique pour le malade et qu'il puisse dialyser à travers la cuticule.

Cuervo Garcia a employé avec succès le thymol en solution huileuse iodée, à la dose de 1 gr. 50 tous les deux jours par voie musculaire, pen-

BELLADENAL

Frénateur du Vague
Sédatif des centres sous-corticaux

Comprimés — Suppositoires

Laboratoires SANDOZ
6, Rue de Penthièvre — PARIS-8e

DEPOSITAIRE GENERAL
M. JARMON — 10, Rue d'Espagne - TUNIS

La lyophilisation

conserve les principes biologiques de la plante

Acide Folique - Carotène - Chlorophylles A et B
Vitamines B - C - D - K - P P - Fer - Calcium
Magnésium - Potassium.

ANÉMIES FERRIPRIVES - ANÉMIES HYPOCROMES - AVITAMINOSES DÉMINÉRALISATION - HYPOTENSION

POTENTIALISE L'ACTION DE LA VITAMINE B 12

SPINACIA PROBIOS

BOITE DE 7 AMPOULES ET COFFRET DE 21 AMPOULES - REMBOURSÉ A. S.

J. LESQUENDIEU, Pharmacien

LABORATOIRES PROBIOS, 4, Rue de Miromesnil, PARIS (8e)

dant 1 mois. Après 10 jours de repos, nouvelle série de 15 injections et au besoin troisième série.

L'Auteur rapporte trois observations :

— une de K.H. du poumon en cours de traitement dont le volume a nettement diminué;

— deux de K. H. du foie beaucoup plus démonstratives; après 3 séries, les tumeurs ont complètement disparu, le foie a repris chez chaque malade un volume sensiblement normal; les ponctions exploratrices pratiquées chez l'un d'eux n'ont pas rencontré de kyste; l'état général des malades est excellent.

La guérison remonte pour l'un à huit mois, pour l'autre à six mois.

*
* *

Isoniazide et Psychisme, par Maurice POROT.

L'isoniazide a une action incontestable sur le psychisme de certains sujets. Dans certains cas, elle peut faire apparaître des troubles discrets, de type hypomaniaque le plus souvent, sans gravité réelle. Les troubles plus accusés, moins fréquents, prennent généralement le type maniaque ou confusionnel avec ou sans onirisme. Ils sont très rares, sans gravité réelle. Ils ne sauraient être mis en balance avec les avantages de la médication.

D'autre part, dans certains dérèglements du psychisme des tuberculeux l'isoniazide a souvent une action favorable, soit directement, soit par son rôle euphorisant et exaltant. Les essais faits dans le but d'utiliser ces effets secondaires chez les malades non tuberculeux, notamment sans l'anorexie mentale et dans les états dépressifs, s'ils sont intéressants, ne sont pas encore concluants.

L'action directe de l'isoniazide sur le système nerveux en général est indéniable, vraisemblablement par action sur la région hypothalamique. Son mode d'action reste inconnu, qu'il s'agisse d'une action toxique directe ou indirecte, ou plus probablement allergique. Les prédispositions antérieures jouent un rôle certain dans l'apparition des troubles.

——o——

Séance du 4 Mars 1954

Le diagnostic précoce des cancers bronchiques, par M. le Prof. Jacques DELARUE (Paris).

Conférence d'actualité.

INFORMATIONS

Deuxième Festival International du Film Médico-Scientifique

TURIN, 29 mai - 6 juin 1954

Organisé par la « Minerva Medica » aura lieu à Turin, du 29 mai au 6 juin le Deuxième Festival International du Film médico-scientifique, ainsi que la Deuxième Exposition Internationale des Arts Sanitaires et les Journées Médico-Chirurgicales Internationales.

Le Festival est doté de Prix Minerva, de nombreuses Coupes et de prix en objets et en argent.

Secrétariat : Prof. G. Lenti et Dott. L. Martinengo « Minerva Medica », Corso Bramante, 83.85, Torino (Italie).

Académie Duchenne de Boulogne

Le Prix annuel 1953 de l'Académie Duchenne de Boulogne, a été décerné au Dr M. SOURDILLE, pour ses travaux sur la Fenestration.

Rappelons que le but de l'Académie est de récompenser par un Prix annuel, un travailleur indépendant dont l'œuvre ou la création aura fait progresser la Science Médicale.

Les Mémoires inédits en langue française non encore récompensés (dactylographiés en double exemplaire), doivent être envoyés au Secrétariat de l'Académie, 37 bis, Bd Berthier, Paris-17e avant le 31 octobre 1954.

Journées Médicales Niçoises 1954

VENDREDI 12, SAMEDI 13 et DIMANCHE 14 NOVEMBRE 1954

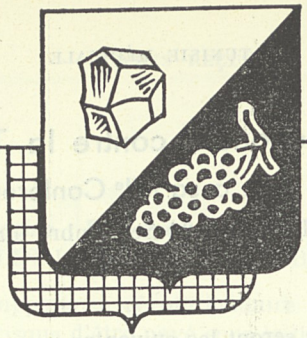
1° Exposés scientifiques d'une demi-heure chacun, résumant l'activité scientifique de l'année écoulée, par des conférenciers français et étrangers (les textes sont remis aux congressistes avant les conférences).

2° Projection de films sélectionnés.

3° Exposition de médicaments, de matériel radiographique, d'instruments, de librairie médicale, etc...

4° Programme artistique et touristique.

Inscription au Secrétariat : Dr Louis BARRAYA, 51, Rue du Maréchal Joffre, Nice — Tél. 867.16.



CALCIVITAM

ASSOCIATION
CHLORURE DE CALCIUM-VITAMINES
EN AMPOULES BUVABLES DE GOÛT AGRÉABLE

RECALCIFIANT
HÉMOSTATIQUE
ANTI
HÉMORRAGIQUE

LABORATOIRE FREYSSINGE
6, RUE ABEL - PARIS XIIe

L'Union Internationale contre la Tuberculose

vous invite à prendre part à sa XIIIe Conférence Internationale

qui aura lieu à MADRID du 26 Septembre au 2 Octobre 1954

—o—

Les questions traitées seront les suivantes :

1re Question : BIOLOGIQUE

« Les modifications anatomiques et bactériologiques au niveau des lésions tuberculeuses, sous l'influence des antibiotiques et de la chimiothérapie ».

Rapporteur général : Dr CANETTI.

2e Question : CLINIQUE

« Indications et choix des interventions chirurgicales chez les tuberculeux pulmonaires traités par les antibiotiques et la chimiothérapie ».

Rapporteurs généraux : Prof. CRAFOORD, Dr TOERNING.

3e Question : SOCIALE

« Influence des nouvelles thérapeutiques sur l'organisation de la lutte antituberculeuse ».

Rapporteur général : Dr BLANCO RODRIGUEZ.

Des co-rapporteurs de plusieurs pays y prendront part et un temps suffisant sera consacré à la discussion.

La présentation de « thèmes libres » est envisagée.

Programme cultural et social intéressant, y compris une visite à l'Escurial et à Tolède.

Pour tous renseignements adressez-vous au : Dr ALIX y ALIX, Secrétariat Général, XIIIe Conférence de l'Union Internationale contre la Tuberculose, Escuela Nacional de Tisiologia (Ciudad Universitaria), Madrid (Espagne).

ANNONCE :

— Herbier de toutes les plantes du Midi de la France ayant obtenu médaille d'or aux Expositions en 1896 et 1912. Faire offre à « L'Echo Médical des Cévennes », 17, rue Anatole France à Nimes (Gard).

LIVRES REÇUS

Introduction à la Médecine : Principes — Idées inspiratrices — Synthèses, par André JACQUELIN. Le François, Ed., 91, Bd Saint-Germain, Paris-6e.

A une phase en apparence révolutionnaire de la Médecine, dans un temps où le médecin risque d'être noyé sous le flot d'acquisitions nouvelles trop nombreuses, trop disparates, de s'y perdre et de ne plus savoir choisir, voici un livre consacré à lui rendre la claire vision des principes directeurs de sa Science et de son Art, des grandes lignes perdues.

Livre qui voudrait aussi, pour l'étudiant, être un guide essentiellement pratique, où il puisse déjà trouver les synthèses nécessaires entre les diverses parties de l'enseignement reçu.

Donc livre de synthèse.

Synthèse du présent et du passé : tout l'ancien ne saurait être oublié ou rejeté, tout le récent automatiquement admis. Que faut-il conserver de l'un, adopter de l'autre ?

Synthèse des grandes Etiologies morbides, conçues à la lumière des données modernes, mais surtout regroupées, hiérarchisées en un ordre qui fasse apercevoir les divers plans du traitement.

Synthèse de la personnalité du malade, envisagée comme un tout, à la fois dans son type constitutionnel, ses manières particulières de réagir, son psychisme, avec toutes les indications primordiales qui en découlent pour la pédagogie, l'orientation professionnelle, l'hygiène et les médications préventives, en somme la manière de comprendre chaque cas, d'en saisir l'individualité.

Synthèse des grandes évolutions de la pathologie endogène, dont les manifestations doivent cesser d'être considérées isolément, sont à inclure dans une continuité vitale.

Synthèse de la consultation médicale dont relèvent non seulement le diagnostic à poser, le pronostic à porter, mais tout le comportement psychologique du médecin à l'égard du malade, art si nuancé, si subtil et qui a tant d'importance pour une médecine bien comprise, pleinement efficiente.

Enfin, synthèses thérapeutiques, aboutissement de toute cette étude étiologique et clinique.

Ainsi ce livre s'adresse-t-il aussi bien au jeune étudiant qu'à son frère aîné, le praticien aux prises avec les difficultés de son art, puisqu'il souhaite d'apprendre à l'un et de remémorer à l'autre : grands problèmes, idées inspiratrices, « permanences » de la Médecine.

P. A. B.

PARAMINAN

Acide Para-Amino-Benzoïque

DYSPNEES DE TOUTES ORIGINES
(seul ou associé à la Théophylline ou à la Ouabaïne)

EFFET-RETARD
(associé à la streptomycine ou à la pénicilline)

ACTION VITAMINIQUE - Vitamine H'1
(vitiligo, psoriasis, prurit, pemphigus, sclérodermie, canitie)

ampoules à 5 % et à 10 %
dragées à 0,25 gr.

SÉCURITÉ SOCIALE

Laboratoire **R. GALLIER**, 1 bis, place du Président Mithouard, Paris 7e
SPECIMEDHY, 37, rue d'Isly — TUNIS

La Grande Marque
Des Antiseptiques
Urinaires et Biliaires

56, Boulevard Pereire
PARIS (17e)

URASEPTINE ROGIER

dissout et chasse l'acide urique

Echantillons et Littérature :
OFFICE DE PROPAGANDE MEDICALE, 53, r. des Maltais, TUNIS

*
* *

Collection « Comment traiter ». Editions Médicales Flammarion :

« **L'Eczéma** », par E. LORTAT-JACOB. 1 vol., 110 p., 1954.
« **La grippe et les infections saisonnières** », par J. TURIAF. 1 vol., 96 p., 1954.

*
* *

Collection « Les Précis de Diététique » :

« **L'alimentation dans le diabète sucré** », par le Dr S. DOUBROW, ancien chef de Laboratoire à la Faculté. Editions R. Lépine. Prix : 300 fr. 1 vol. 104 pages, in-16 Jésus.

Partant de l'idée qu'un diabétique « doit savoir manger pour vivre » l'Auteur a voulu mettre entre les mains du médecin qui prescrit, comme entre celles du malade appelé à exécuter ses conseils, un guide qui permette au diabétique de réaliser en toutes circonstances une alimentation correcte, profitable et sans danger.

Après un premier chapitre, où sont rappelées les principales données concernant la physiologie de la nutrition et ses perturbations dues au diabète, il montre comment le diabétique et son entourage peuvent coopérer avec le médecin pour l'établissement d'un régime à suivre. Les règles qui président aux prescriptions diététiques sont clairement expliquées tant pour le diabétique simple que pour le diabétique consomptif. En particulier les modalités de la prescription de l'insuline et les variations du régime qu'elles comportent sont exposées en détail avec des exemples pratiques judicieusement choisis.

Afin de permettre à la ménagère d'exécuter facilement les recommandations de médecin, un court chapitre de gastrotechnie précède plusieurs recettes culinaires choisies dans l'intention de rendre le régime du diabétique aussi attrayant et économique que possible.

L'Auteur s'efforce constamment d'assurer l'alimentation du malade dans le cadre de la cuisine familiale. Sont ainsi passés en revue les menus de diabétiques obèses, artéritiques, albuminuriques, tuberculeux. Une place est faite aux diabétiques enceintes et aux exigences diététiques des diabétiques juvéniles et séniles. Enfin, un chapitre est consacré à l'alimentation des diabétiques en fonction de leur courbe pondérale.

Les tableaux annexés permettent de connaître la teneur des aliments en leurs principes constituants (protides, lipides, glucides, vitamines) et leur valeur calorique.

Cet ouvrage très concis répond à un besoin pratique et trouvera, il faut l'espérer, un accueil empressé auprès des médecins soucieux de faire accepter par leurs diabétiques les règles d'une hygiène alimentaire appropriée

CARNET

Deuils

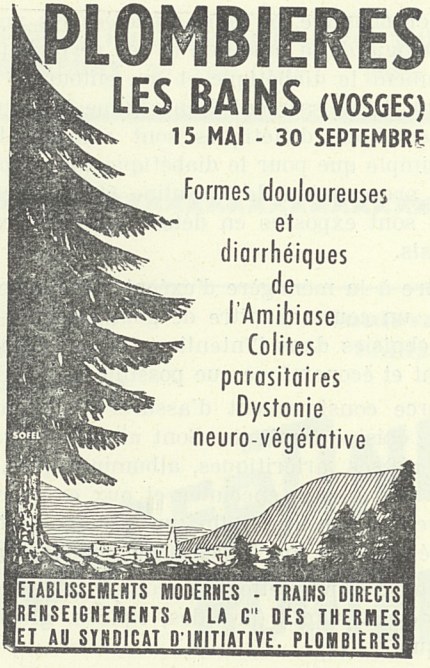
— Notre ancien Président, le Dr D. Scialom a perdu sa mère.

Nous le prions de recevoir l'expression de toute notre sympathie attristée.

— Nos confrères Guido Levi, Guillaume Levi, Ugo Lumbroso et Giacomo Lumbroso ont été frappés dans leur affection par le décès de M. D. Cardoso, frère de notre ancien confrère et Président le Dr Cardoso.

Nous leur adressons toutes nos condoléances.

— Nos condoléances attristées à notre confrère le Dr Borsoni qui vient d'avoir la douleur de perdre son beau-père M. H. Bondin.



Imp. N. Bascone & S. Muscat — 41, Avenue de Londres — TUNIS
Le Gérant : L. Lemoine — 8, Place du 7 Mai 1943 — TUNIS

AZOTÉMIE
SCLÉROSE
OLIGURIES



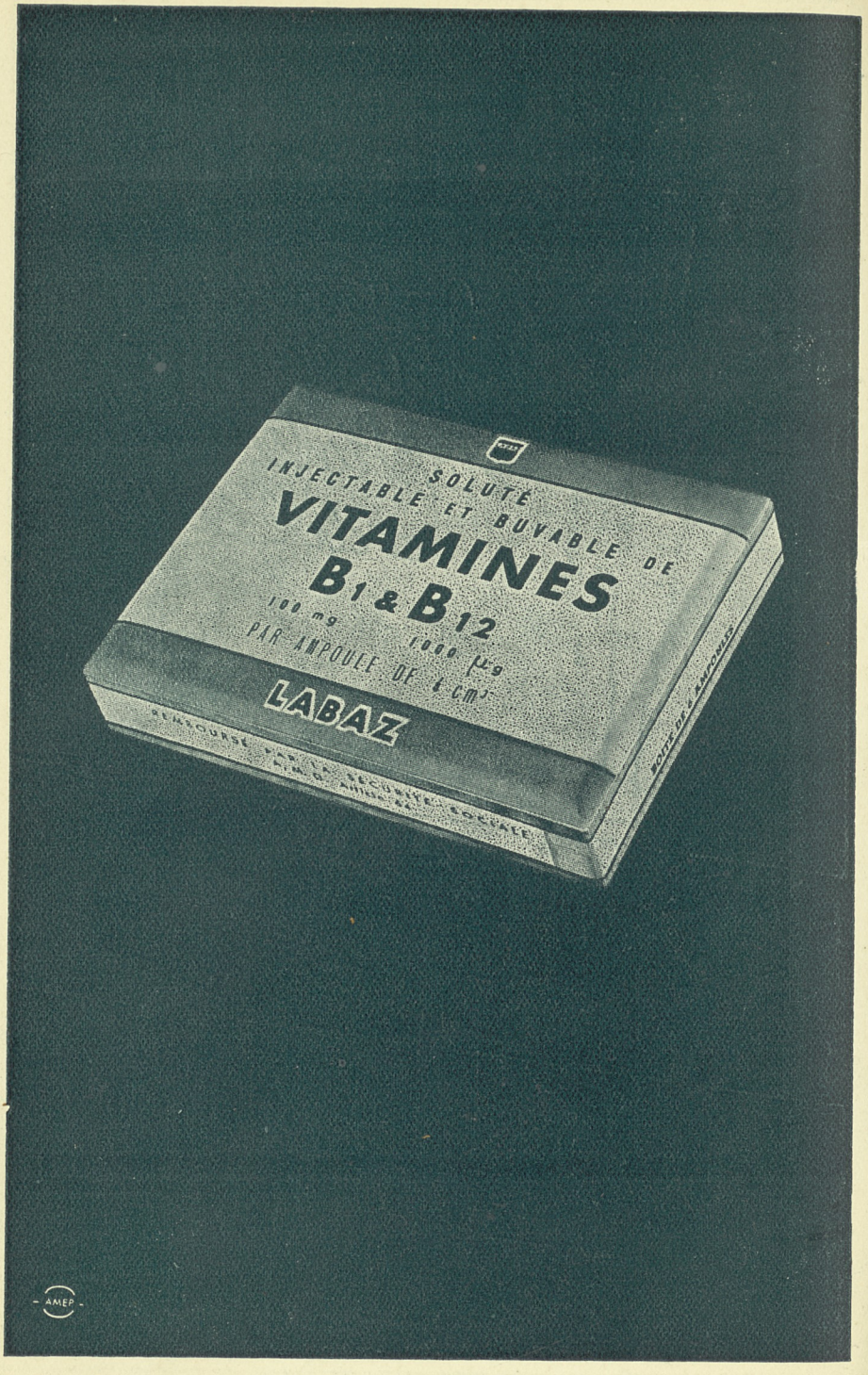
Métabolisme de l'azote du cholestérol et de l'eau

CHOPHYTOL
INJECTABLE

AMPOULES DE 5cc
TOUTES VOIES
DRAGÉES ET GOUTTES
PER OS
SUPPOSITOIRES
SIMPLES et COMPOSÉS

Remboursé par la Sécurité Sociale

LABORATOIRES ROSA - 11, RUE ROGER-BACON - PARIS



TUNISIE : Ets Note — 61, Avenue Garros — TUNIS - Tél. 97-090

N° 4 Avril 1954

LA TUNISIE MEDICALE

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

et

BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI RÉUNIS

Siège Social : 25, Avenue de Paris — TUNIS

OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE
27, Rue de la Procession - PARIS 15

BIPHÉDRINE

PÉNICILLINE

HUILEUSE AQUEUSE

EPANAL

COMPRIMÉS

SUPPOSITOIRES 1 · 2 · 3 · 5 · 10

NÉO-CODION

SUPPOSITOIRES

GOUTTES DRAGÉES

GASTRO-SODINE

PLURIBIASE

LABORATOIRES DU DOCTEUR E. BOUCHARA, 47, RUE DE BRETAGNE, PARIS IIIe

XXXIIe ANNÉE - No 4
Avril 1954

LA TUNISIE MÉDICALE

ORGANE DE LA SOCIÉTE DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS, DU CONSEIL DE L'ORDRE DES MEDECINS DE TUNISIE

et

BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI RÉUNIS

Comité de publication

— Le Rédacteur en Chef	Dr M. Uzan	Comité de lecture
— Le Rédacteur en Chef Adjoint	Dr J. Cuénant	
— Le Président de la Société des Sciences Médicales	Dr Dupoux	
— Messieurs les	Dr H. Bonan	
	Dr M. Hadjoudj	
— Le Secrétaire de la Société des Sciences Médicales	Dr A. Sebag	
— Le Secrétaire du Conseil de l'Ordre	N.....	
— Le Secrétaire du Syndicat Médical Français et Tunisien	Dr H. Coursières	
— Le Secrétaire du Syndicat des Médecins Tunisiens	Dr M. Azaïz	

Administration : L. Lemoine, 8, passage du 7 Mai — Tunis
Téléphone : 72-55

Publicité pour la France : **Stéphane BATARD**
4, Place de l'Hôtel de Ville - Le Raincy (S.-et-O.)
et 8, Rue Montyon - Paris IXe - Téléph. Provence 68.60

Reproduction interdite
Tous droits réservés pour tous pays

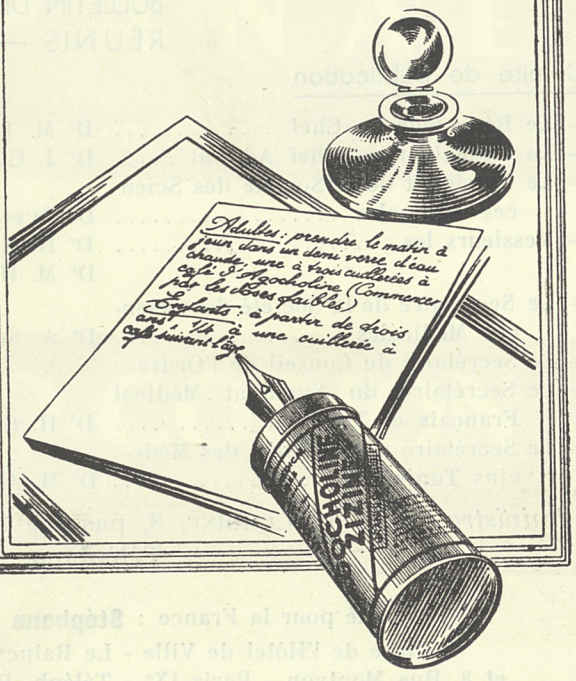
La Rédaction du Journal informe MM. les Auteurs que, devant les difficultés accrues qu'elle rencontre, elle se trouve dans l'obligation de n'accepter que des textes dactylographiés, sans renvois ni corrections à la main.

GRANULÉ SOLUBLE

AGOCHOLINE DU DOCTEUR ZIZINE

AGENT DE DRAINAGE BILIAIRE d'une remarquable activité

Congestion du foie et de la vésicule biliaire. Lithiase biliaire. — Ictère. Cholécystites chroniques. Troubles digestifs et généraux d'origine hépatobiliaire.



ÉDITIONS PAUL MARTIAL — PARIS

LABORATOIRES ZIZINE — 24, RUE DE FÉCAMP — PARIS-12e

SOMMAIRE (Ire Partie)

PAGES

Mouvement médical : L'Enseignement à tirer des symposium sur l'Isoniazide, par Félix MASSELOT 327

Société des Sciences Médicales de Tunisie 339

Traitement des entorses bénignes et phénylbutazone (A propos de 4 cas), par R.C. TIBI 341

Hypertension artérielle juvénile avec rein atrophique, congénital — Intervention — Résultat médiocre, par Henri COHEN, J. CUÉNANT, André NAHUM et S. Ben MESSAOUDA 343

Traitement de l'acné polymorphe juvénile par implants d'hormone gonadotrope sérique, par Elie COHEN-HADRIA 349

Etude du transit digestif d'un même sujet pendant dix semaines comportant 7 images radiographiques successives du troisième temps, par Maurice DELORT et R. TÉDESCHI 353

LOBAMINE-CHOLINE

VITAMINÉE C et E

Nouvelle association **LIPOTROPE** et **HÉPATO-PROTECTRICE** de conception moderne.

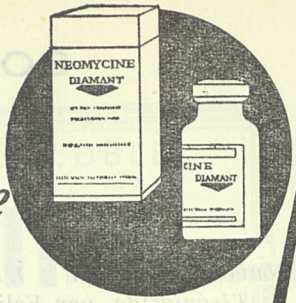
Flacon de 60 comprimés dragéifiés (6 à 8 par jour).

Remboursable par la Sécurité Sociale.

LOBICA

LABORATOIRES LOBICA - 25, RUE JASMIN - PARIS-16e

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



Fabriqué en France

ANTIBIOTIQUE A USAGE LOCAL
NON SENSIBILISANT, NON IRRITANT

NEOMYCINE
DIAMANT

Actif sur cocci-pyogènes, Pyocyaniques, Bacilles gram négatifs et Bacilles de Koch.

MODE D'UTILISATION

COMPRESSES IMBIBÉES
Eczéma infecté,
dermatites, brûlures.

INSTILLATIONS LOCALES
Otites,

PRÉSENTATION
Flacon contenant 0,15 g. de Néomycine base à diluer dans 20 cm3 de sérum physiologique.

SOCIÉTÉ DES ANTIBIOTIQUES DE FRANCE
67, Boulevard Haussmann - Paris-8e

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

SOMMAIRE (2me partie)

PAGES

Ascites blanchâtres chyliformes, par A. Corcos et S. Mokaddem 359

Du concept et des sources actuelles d'un droit international médical codifié, par Jacques Daire 365

Panorama actuel du diabète commun, par M. Uzan 391

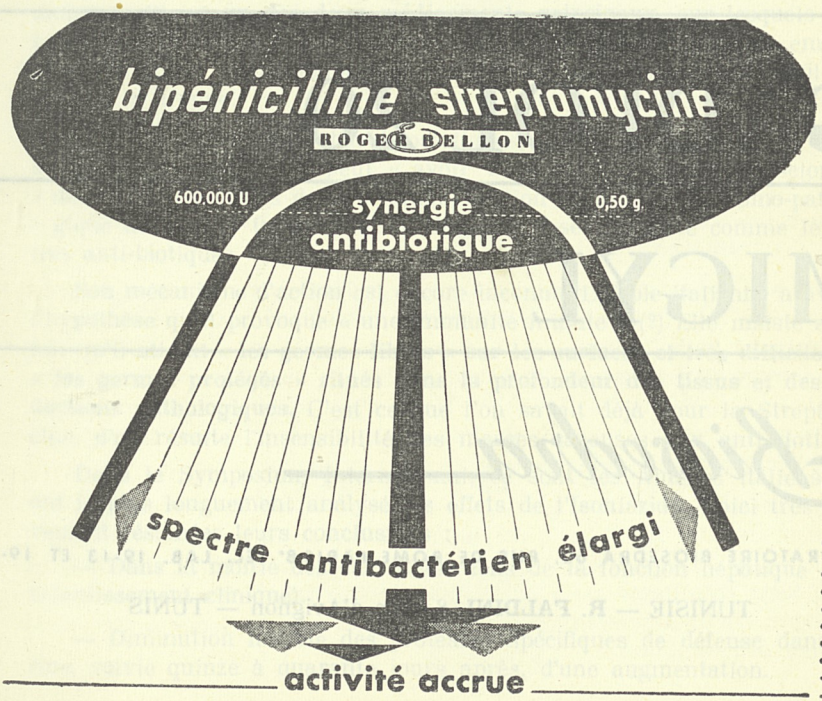
De la lecture des journaux médicaux, par Félix Masselot 411

Carnet 415

Société Médicale des Hôpitaux d'Alger 417

Informations 419

Livres reçus 422



TUNISIE : Ets H. Bonan et Cie — 34, Rue de Marseille — Tunis

OPO VEINOGÈNE

CALSCORBAT

LEVULOSE CHOLINE BIOSEDRA

GADEOL 20

MIGYL

Biosedra

LABORATOIRE BIOSEDRA 60, RUE DE ROME, PARIS 8e TÉL. LAB. 19-13 ET 19-14

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

MOUVEMENT MÉDICAL

—o—

L'Enseignement à tirer des Symposium sur l'Isoniazide

par Félix MASSELOT

—o—

Notre expérience de l'Isoniazide est courte; elle manque de recul. C'est pourquoi, chaque pays a pris l'initiative d'un symposium, pour fixer l'état actuel de nos connaissances à son sujet. Celui de la France, qui a été présenté par Mlle LOTTE, a paru dans les nos 1, 2 (1953) de la « Revue de la Tuberculose ». Mais le travail en équipe ne s'est pas limité aux frontières des Etats. L'Union Internationale contre la Tuberculose, a organisé un Symposium International, dont le compte-rendu a été donné dans le numéro de janvier de son Bulletin. Il ne m'apparaît pas superflu de dégager, en un mouvement médical, les points essentiels sur lesquels l'accord est fait et de souligner ceux qui, encore obscurs, nécessitent de patientes recherches.

L'Isoniazide, pas plus d'ailleurs que la Streptomycine, n'est pas le dernier mot de la thérapeutique antituberculeuse. Il est acquis néanmoins, qu'il est **un des deux médicaments principaux,** sur lesquels nous pouvons compter, avec cette réserve, qu'il ne peut jamais être employé seul, en raison du développement rapide de la résistance du bacille de Koch à la drogue.

Il a des effets tantôt bactériostatiques, tantôt bactériolytiques. ZORINI a justement écrit, qu'il peut « avoir l'une ou l'autre action, selon les « doses, les modalités de son administration et le type anatomo-patholo- « gique des foyers tuberculeux ». En cela, il se comporte comme les autres anti-biotiques.

Son mécanisme d'action est encore inconnu. L'Ecole italienne a avancé l'hypothèse qu'il provoque « une immunité initiale » (?) Elle insiste sur le fait qu'il **atteint « les germes libres » sur les surfaces et très difficilement « les germes protégés » situés dans la profondeur des tissus et des productions pathologiques.** C'est ce que l'on savait déjà pour la Streptomycine, d'où résulte l'insensibilité des masses caseuses aux anti-biotiques.

Dans le Symposium International, ce sont les Auteurs italiens, qui ont le plus longuement analysé les effets de l'Isoniazide. Voici très brièvement résumées leurs conclusions :

— Dans la moitié des cas, altérations de la fonction hépatique (sans retentissement clinique).

— Diminution initiale des protéases spécifiques de défense dans l'urine, suivie quinze à quarante jours après, d'une augmentation.

— Augmentation de l'amylase du plasma.

— Dans quatre-vingt trois pour cent des cas, **amélioration de la fonction respiratoire.**

— Dans trente-neuf pour cent des cas, modifications pathologiques, lentes à disparaître, de l'électro-cardiogramme (effet indirect, non dû à la drogue elle-même).

— **Profonde altération de la fonction surrénale** (effet analogue à celui de la Cortisone), mais cessant ultérieurement.

— Augmentation des réticulocytes de la moëlle osseuse et du sang.

— Dans les quarante premiers jours, **forte augmentation de l'allergie tuberculinique.**

— Au point de vue anatomo-pathologique, les constatations faites sur les sujets morts en cours de traitement sont des plus intéressantes :

1° Pendant les premiers jours du traitement, le contenu cavitaire s'épaissit et se strie de sang, secondairement, **il devient fluide et blanchâtre.** Au début du traitement, les bords des ulcérations sont congestionnés. Petit à petit, **la couche pioïde endocavitaire diminue très sensiblement.** Ce qui explique la réduction des images à la radiographie. Notons que la fluidité des contenus cavitaires facilite les essaimages.

2° **Œdème profond des alvéoles et des septas.**

3° Forte congestion de la muqueuse de l'intestin grêle.

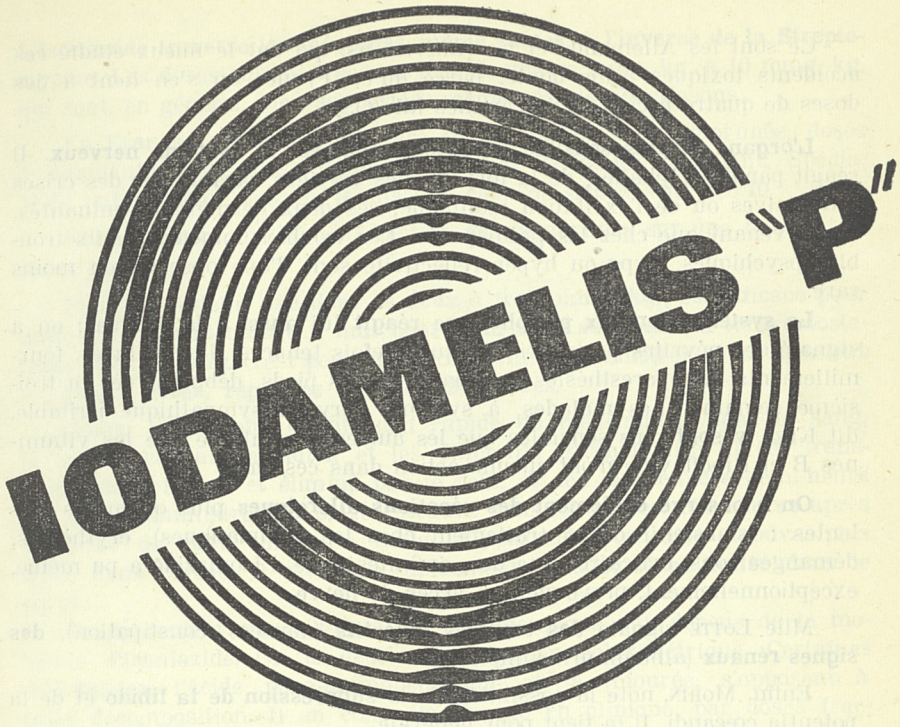
4° Intégrité des parenchymes extra-pulmonaires.

5° Formation de nouveaux foyers de tuberculose nodulaire, dans les régions autrefois saines, par deux mécanismes : la facile diffusion par voie endobronchique des contenus cavitaires et l'action favorisante des œdèmes profonds, sur l'évolution des foyers préexistants.

— Enfin, dans trois cas, il a été constaté de **très graves complications,** après des traitements prolongés pendant six mois.

Il s'agit de l'expulsion, par la toux, de **volumineux séquestres de tissu pulmonaire, « ne présentant à l'examen histologique aucun caractère tuberculeux ».** Cette nécrose serait due à la **formation, dans l'organisme, d'ammoniaque résultant de la décomposition de la molécule d'Isoniazide.** D'où le conseil donné par ZORINI : « Il est nécessaire de ne pas prolonger « l'usage continu du remède, au delà de deux à trois mois, dans le but « d'éviter son action caustique sur le tissu pulmonaire ».

L'Isoniazide n'est donc pas comme on serait tenté de le croire un médicament anodin. Il est juste d'ajouter que les accidents constatés (d'origine toxique), sont dus **ou bien à une sensibilité particulière du sujet, ou à des doses trop fortes, ou à une administration trop prolongée.** KLEE rapporte que HECHT a remarqué chez les animaux une tendance à l'intoxication par accumulation.



1 cc. = 2000 γ ou 2 mg.
VITAMINE P

active la circulation périphérique

prévient les hémorragies

résorbe les œdèmes

LOGEAIS

Ce sont les Allemands et les Américains, qui ont le mieux étudié ces accidents toxiques (sans doute. parce qu'en France on s'en tient à des doses de quatre à cinq milligrammes kilog.).

L'organe le plus sensible à l'intoxication est le système nerveux. Il réagit par des céphalies, de la torpeur, des vertiges, parfois par des crises convulsives ou de l'excitation maniaque; ces deux dernières éventualités, ne survenant que chez les prédisposés. Les troubles mineurs, petits troubles psychiques, hypo ou hyper réflectivite sont d'une observation moins rare.

Le système nerveux périphérique réagit lui aussi à la drogue : on a signalé des névrites périphériques quelquefois tenaces, des brûlures, fourmillements, acroparesthésies des mains et des pieds, débutant dès la troisième semaine. Les malades, à système nerveux sympathique irritable, dit KLEE, y sont plus sensibles que les autres. Il souligne que les vitamines B et Riboflavine n'ont aucune action dans ces cas.

On a observé également des réactions allergiques plus ou moins violentes : (s'abstenir de ce traitement chez les asthmatiques), érythèmes, démangeaisons, urticaire. Une dose infinitésimale d'Isoniazide a pu même, exceptionnellement, provoquer un accès de fièvre.

Mlle LOTTE signale **des troubles digestifs** (nausées, constipation), **des signes rénaux** (albuminurie simple).

Enfin, MORIN, note la possibilité de la **suppression de la libido** et de la potentia cœcandi. Il la tient pour générale.

Effet inattendu, l'Isoniazide a parfois une action semblable à celle de l'antabus.

Pour les Américains, les symptômes attribués à la toxicité de l'Isoniazide sont deux fois plus fréquents chez les malades traités par l'Isoniazide, seul ou en association, que chez les malades recevant Streptomycine et P.A.S., mais il est nécessaire d'interrompre le traitement deux fois moins souvent chez les premiers que chez les seconds. Ils sont donc, dans l'ensemble, moins sérieux.

Il est évident, que **la toxicité réelle de l'Isoniazide, ne doit pas nous rendre timorés dans son emploi, puisque les accidents sont, somme toute, assez rares, le plus fréquemment peu graves et souvent évitables.** De plus, ils peuvent être combattus par le Phénobarbital qui, ainsi qu'on le sait, est un antispasmodique sédatif des états nerveux, pouvant être employé longtemps sans accoutumance.

Néanmoins, les accidents qui peuvent survenir doivent demeurer présents à notre esprit, car ils ne sont ni constamment bénins, ni toujours réversibles.

Le grand avantage de l'Isoniazide est de s'**administrer per os,** sous forme de comprimés; on peut également le prescrire par voie parentérale, par voie veineuse, ou lombaire. BENDA a montré qu'il n'y avait aucun avantage à se servir des perfusions par voie veineuse, si l'on absorbe par voie orale une dose convenable. **La diffusion dans l'économie est rapide.**

L'Isoniazide traverse les méninges, même saines, à l'inverse de la Streptomycine. Les doses administrées varient de quatre mmg. kg. à 10 mmg. kg. qui sont, en général, bien supportées même par les nourrissons.

En France, le Rimifon est livré en flacons de cent comprimés, dosés à cinquante mmg. Les comprimés, Debat, Grimault, Diamant, Spécia, Midy ont le même dosage, tandis que ceux de Labaz sont à 0,10.

Klee souhaite une standardisation des comprimés sur une base internationale.

Pour cet Auteur, **une dose de deux à trois mmg. kg., est efficace pour maintenir durant quatre à huit heures un taux suffisant de tuberculostatique dans le sang.** C'est pourquoi il conseille d'administrer le médicament en **quatre doses, réparties dans les 24 heures.**

Zorini insiste sur la diffusion rapide du médicament dans le sang, le liquide céphalo-rachidien et les différents parenchymes. Il est transformé dans le foie et éliminé par le rein, et dès la première demi-heure qui suit l'administration, on le retrouve dans les urines. Six heures après la prise de cent cinquante mmg. d'Isoniazide, on n'en trouva plus trace dans l'urine. Il est donc rapidement transformé et utilisé dans le corps.

Zorini revient sur la formation d'ammoniaque aux dépens de la molécule d'Isoniazide. On la décèle par examen polarimétrique. Certaines substances, l'acide para-aminobenzoïque et la thiourée, s'opposent à cette décomposition. Il en conseille l'usage en clinique, par doses fractionnées. Il y a là un champ de recherches qui est à peine ouvert.

Je laisserai de côté la question de la sensibilité et de la résistance du bacille de Koch à l'Isoniazide, qui est de la compétence des bactériologistes. Je rappellerai simplement que **la résistance apparaît dès la quatrième semaine** du traitement, parfois plus précocement, qu'elle atteint 70 % au bout de huit à douze semaines. C'est pourquoi les Auteurs et Etienne Bernard en particulier, insistent sur le **devoir d'associer les anti-biotiques dans les traitements.** Il y a là, dit-il, « des directives impérieuses à répandre ». Quelle est à ce point de vue la meilleure association ? Il est peut-être trop tôt pour l'affirmer encore.

Notons, pour en terminer, que la résistance du bacille de Koch à l'Isoniazide est plus précoce que celle à la Streptomycine et que les microbes isoniazido-résistants restent pourtant sensibles à un corps voisin, le Thiozémi-carbazone (Conteben).

L'Isoniazide, correctement administré, **provoque des améliorations cliniques graduelles et progressives du premier au troisième mois, qui semble être un point critique.** Si à ce moment, aucun résultat sensible n'est obtenu, il est inutile de persévérer. Dans ce cas, il est à peu près vain d'espérer une amélioration tardive et même chez certains chroniques gravement atteints, après une amélioration transitoire une aggravation nette survient. C'est ce que souligne Mlle Lotte, dans ses conclusions, résumant les avis du symposium français. L'opinion qu'elle

OPOTHÉRAPIE HÉPATIQUE

FICARMONE

INJECTABLE 5-10 ET 25 AMPOULES

FICARMONE "crudum"

BUVABLE 6 AMPOULES DE 5 ET 10 CM³

REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

LABORATOIRE DE L'ENDOPANCRINE

48 RUE DE LA PROCESSION PARIS

endo ENDO

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

DORMIR ET TRAVAILLER
AU MILIEU DES BRUITS

Boules QUIES

EVITER LES OTITES
EN NAGEANT

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

ÉCHANTILLON A TOUTE DEMANDE QUI SE RECOMMANDERA DE CE JOURNAL

exprime est particulièrement nuancée, puisqu'elle écrit : « La prolongation au delà du troisième mois de traitement par l'Isonazide semble être utile dans certains cas, en apportant un gain net du point de vue clinique et radiologique chez des sujets qui étaient nettement améliorés au troisième mois. »

De fait, la question de la prolongation du traitement au delà de ce terme, reste encore pendante. Les uns préconisent les séries discontinues, les autres sont enclins à persévérer. ZORINI est catégorique : il demande « **de ne pas retarder la collapsothérapie même dans les formes de tuberculoses initiales, lorsqu'on n'obtient pas la régression totale des foyers pendant les deux premiers mois de chimiothérapie** ». Ce qui paraît être un conseil de sage prudence.

Bien des questions connexes, restent encore en suspens :

Celle de l'**association la plus active d'anti-biotiques.** Les Allemands affirment que c'est la conjugaison de l'Isoniazide et de la Streptomycine. C'est bien vraisemblable, mais n'y a-t-il pas un danger à utiliser d'emblée les deux médicaments les plus actifs et à ne pas réserver l'un d'eux pour le cas où une intervention chirurgicale s'avèrerait nécessaire ?

Il le semble bien, si l'on n'est pas certain d'obtenir à coup sûr un résultat définitif. Or, malheureusement, il est signalé un peu partout, que des tuberculeux parfaitement blanchis par les anti-biotiques, se remettent à évoluer et ZORINI n'hésite pas à affirmer : « **La plupart des « bons résultats initiaux après six, huit, dix mois de traitement, ne se « maintiennent pas,** et quelquefois on constate une aggravation locale « ou la réactivation d'anciens foyers avec formation de nouvelles lésions « cavitaires ». On regrette alors amèrement, d'avoir négligé la thérapeutique éprouvée du pneumothorax artificiel, dont les résultats, grâce à l'appoint des anti-biotiques augmentent en nombre et en excellence. Soyons donc prudents et attendons pour nous prononcer le recul du temps, ce qui implique de ne pas abandonner les thérapeutiques qui ont fait leur preuve, dans les cas où elles sont formellement indiquées.

Dans le symposium français la dose d'Isoniazide, généralement adoptée, a été de cinq mmg. kg. poursuivie au moins trois mois (1/4 des malades n'a reçu que 4 mmg. kg. et un nombre infime 6 à 7 mmg. kg.)

Les Allemands, au contraire, sont allés jusqu'à 10 mmg. kg. Mais, avec un rythme particulier, à savoir : 10 jours d'Isoniazide, 5 jours de Conteben et reprise. Si au bout de douze semaines, la négativation n'est pas obtenue, le traitement est reconsidéré.

Les Américains ont employé les doses variées de 150 à 300 mmg. pro die, en association et ont continué pendant quarante semaines.

Les Italiens, varient leurs doses en fonction de l'âge, du poids du malade et du type lésionnel. Ils ne dépassent pas trois mois d'administration

Les Suédois ont donné 4 mmg. kg. dans 85 % des cas traités (ou au plus 8 mmg. kg.) et cela pendant trois mois.

Aucune règle formelle ne s'impose à la lecture des articles, ni quant à la dose optima, ni quant à la durée du traitement. Une conduite standardisée est d'ailleurs logiquement impensable. **Tout dépend au point de vue du rythme et de l'intensité du traitement, du contexte clinique, de la sensibilité du sujet, de l'état de ses lésions.**

Par contre, il est hors de doute que les lésions récentes, sont deux à trois fois plus sensibles que les anciennes, et que les lésions profondément remaniées, avec gros foyers caseux ou larges envahissements scléreux, sont inaccessibles à l'action des anti-biotiques. De fait, leur action est à peu près nulle sur les pneumonies et broncho-pneumonies caseuses. Les cavernes, souvent, diminuent jusqu'à presque s'effacer pour revenir à leur état initial. C'est pourquoi MORELLI préconise les injections endocavitaires d'anti-biotiques.

Sur les résultats immédiats du traitement à l'Isoniazide je m'étendrai peu, car chacun est à même de les constater par lui-même. Je les schématiserai en m'appuyant surtout sur le rapport de Mlle LOTTE.

On sait bien actuellement, que l'Isoniazide a été un appoint précieux dans le traitement de la **méningite tuberculeuse.**

Avant son adjonction la mortalité était de 27 %, elle est passée à 7 %. RAVINA a même cité des cas de guérisons sans injections, par voie lombaire.

Dans la **primo-infection,** il faut distinguer : les formes ganglionnaires pures, où les anti-biotiques échouent; les formes moyennes évolutives, qui réagissent différemment d'un sujet à l'autre, mais, dans lesquelles, on ne peut compter que sur une amélioration des phénomènes généraux; les formes sévères, où la triple association — Isoniazide - Streptomycine - P.A.S. — a une action résolutive rapide sur les infiltrats et les images miliaires.

En ce qui concerne la **tuberculose pulmonaire de l'adulte,** le symposium français qui a soumis ses 414 malades à l'Isoniazide seul, a pu tirer comme conclusions :

Amélioration évidente et rapide de l'état général, avec reprise de poids de 10 % dans la moitié des cas.

Diminution de l'expectoration dans 75 % des cas, pour les lésions récentes, dans 40 % pour les anciennes.

Disparition des bacilles dans les expectorations, à peu près dans la même proportion.

A la radiographie, diminution de l'étendue des lésions dans 49 % des cas récents, dans 16 % des anciens. Pour les cavernes, effets variables, suivant la taille et l'ancienneté.

Résistance avant le traitement des bacilles à 1/10 de γ :

au début, à peu près nulle;

après deux mois, 44 % restent sensibles;

CONES

Solubles Antiseptiques

RENDELL

Ovules de forme particulière (modèle déposé)
facilitant leur utilisation et assurant leur conservation aseptique

●

ACTION SPECIFIQUE SUR LES BACTERIES
ET LES PROTOZOAIRES
DES VOIES GENITALES FEMININES

●

PREVENTION ET TRAITEMENT DE TOUTES
LES INFECTIONS D'ORDRE GYNECOLOGIQUE

●

VAGINITE A TRICHOMONAS

ECHANTILLONS GRATUITS SUR DEMANDE

GYNAZUR

Poudres : 30 sachets

HYGIENE VAGINALE

Laboratoire des Produits W. J. RENDELL S. A. R. L.
BUREAUX : 61, rue Damrémont — PARIS-18e
USINE à Colombes (Seine)

Dépositaire pour la Tunisie :
H. VALENSI, pharmacien, 44, Avenue Jules-Ferry, TUNIS.

Après trois mois, 6 % seulement.

Nous relevons dans les résultats fournis par l'étranger :

Pleurésies. — Aucune action sur le liquide, baisse de la fièvre.

De récents travaux semblent établir que le traitement combiné avec l'A.C.T.H., donnerait des guérisons en huit jours, mais cette association n'est pas sans faire courir de risques au malade, l'A.C.T.H. passant pour donner un coup de fouet aux foyers tuberculeux.

Dans la **tuberculose pharyngo-laryngée,** excellents résultats, ainsi que dans la **tuberculose osseuse fistulisée** et dans la **tuberculose génitale** (si le traitement est prudent).

Dans les **broncho-pneumonies aiguës, à foyers non confluents,** résultats relativement bons, nuls dans les formes caseuses.

Dans les **cavernes,** ZORINI pense que les guérisons signalées ne sont qu'apparentes et que la récidive survient secondairement.

Les Allemands notent les bons effets du médicament dans les **traitements pré et post-opératoires.**

Son inocuité est signalée chez le très jeune enfant, la femme enceinte et le diabétique.

En somme, le bilan que l'on peut établir démontre que l'on a affaire à un médicament de valeur. Les enthousiastes, comme MORIN, le déclarent au moins égal à la Streptomycine; les prudents, comme ZORINI, pensent que l'Isoniazide « ne peut certainement pas remplacer la Strepto- « mycine, qui reste pour nous l'anti-biotique le plus puissant dans le « traitement de la tuberculose pulmonaire, mais il approche de son « activité ».

Mais il nous reste à nous familiariser avec lui, comme nous le sommes avec la Streptomycine et le P.A.S., de façon à lui réserver sa vraie place, qui est sûrement grande dans la lutte contre la maladie.

P. S. — On m'excusera si, en post-scriptum, je me livre, au sujet des anti-biotiques, à une digression sur le plan médico-social :

Le nombre, la puissance et les résultats obtenus par les anti-biotiques, doivent-ils modifier notre conception de la lutte anti-tuberculeuse ?

La question peut et doit se poser en France, où l'indigence a pratiquement disparu, où chaque malade est assuré de l'assistance du médecin, des médicaments qui lui sont nécessaires et du repos indispensable (grâce au congé de longue maladie).

Il n'en est pas de même en Tunisie, et dans l'état actuel de la législation sociale, les anti-biotiques ne me paraissent pouvoir être appliqués, qu'à l'hôpital ou dans des installations du type sanatorium diurne, ou au dispensaire, pour quelques cas bien déterminés, lorsqu'on est sûr d'avoir le malade bien en main. C'est dire, que l'immense majorité des malades ne pourra bénéficier que d'une cure épisodique et non d'un traitement continu.

Il s'ensuit que des traitements éprouvés comme la chirurgie thoracique et le pneumothorax artificiel doivent rester au premier plan de nos préoccupations.

L'institution en est maintenant assez aisée, car il existe un peu partout, dans la Régence, des centres d'insufflation et la chirurgie peut se pratiquer au moins dans quatre grandes villes.

Ce qu'il importe d'assurer maintenant, c'est l'entretien des traitements dans de bonnes conditions et surtout, l'alimentation des malades. Tant qu'une assistance réelle aux tuberculeux n'existera pas, les résultats seront décevants. Ils le resteraient si le pneumothorax était remplacé par les anti-biotiques, car la base de la thérapeutique anti-tuberculeuse demeure le repos et la bonne nourriture.

N'ayons point de tendance à extrapoler de la Métropole à la Régence et cela, même s'il était établi que le traitement de choix de la tuberculose n'est plus le pneumothorax ou la collapsothérapie chirurgicale.

Convenons d'ailleurs que la démonstration n'en a pas été administrée. Si nous sommes sûrs des guérisons définitives obtenues par la méthode de FORLANINI, il reste à prouver que celles dues aux anti-biotiques sont aussi nombreuses et aussi durables.



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

OPOBYL BAILLY

Cholérétiques végétaux
Extraits hépatiques
et biliaires.

Affections hépatiques
Constipation

1 à 2 pilules aux repas

LABORATOIRES **A. BAILLY** · SPEAB ·
19, RUE DU ROCHER PARIS -

Agents pour la TUNISIE
M.M. VALENZA & Cie
36, Rue Thiers — TUNIS

LABORATOIRES DEGLAUDE
15, Boulevard Pasteur, PARIS-XVe
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS

DIGIBAÏNE
Tonique cardiaque

SPASMOSÉDINE
Sédatif cardiaque

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

Société des Sciences Médicales de Tunisie

VENDREDI 26 MARS 1954

Communications :

Traitement des entorses bénignes et Phénylbutazone, à propos de 4 cas,

par M. Roger Charles Tibi.

Hypertension artérielle juvénile avec rein atrophique congénital,

par MM. Henri Cohen, J. Cuénant, A. Nahum (Service des Drs S. Benmussa et J. Demirleau).

Traitement de l'acné polymorphe juvénile par implants d'hormone gonadotrope sérique. Premiers résultats,

par M. Elie Cohen-Hadria.

Accès de tachycardie paroxystique datant de 15 jours. Insuffisance cardiaque grave. Résultats thérapeutiques,

par Aldo Calo.

Etude du transit digestif d'un même sujet pendant deux mois et demi avec sept images radiographiques successives du même temps,

par MM. Maurice Delort et R. Tédeschi.

Ascites blanchâtres chyliformes,

par MM. André Corcos et Sadok Mokkadem.

EXO-THION "Cicatrisations"
GIC
INOSIMÉSOL-CHOLINE
"Insuffisances Hépatiques"
INOSIMÉSOL-CHOLINE "EGIC" : Boîte de 6 et 18 ampoules buvables
EXO-THION : Poudre et Pommade
L'ÉQUILIBRE BIOLOGIQUE - COMMENTRY - ALLIER
Wallace et Draeger

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

L'action anti-inflammatoire locale de l'acétate d'hydrocortisone, constatée dès 1951, est confirmée par deux ans d'experience clinique.

Hollander
" 10.000 injections intra-articulaires d'hydrocortisone". Genève 27-8-1953.

Hydrocortisone

ROUSSEL 125 mg.

SUSPENSION INJECTABLE D'ACÉTATE DE
17 - HYDROXYCORTICOSTÉRONE à 2.5 p. 100.

Arthroses

Hydarthroses

Arthrites inflammatoires

Accès aigu de goutte

Affections rhumatismales péri-articulaires

Péri-arthrite scapulo-humérale
Bursites, Synovites, Epicondylites, Entorses

Chirurgie orthopédique corrective

• *Injections locales intra ou péri-articulaires*

Flacon multidose de 5 cm³
titré à 25 milligrammes par cm³.

0.2 cm³ à 1,5 cm³ suivant le volume de l'articulation à traiter.

LES LABORATOIRES ROUSSEL

140bis, Rue de Rennes - 89, Rue Cherche-Midi, **PARIS** (VIe)

ALGER : Laboratoires ROUSSEL, 28, rue Clauzel.
TUNIS : O.S.P., 10, rue Amilcar.
CASABLANCA : Sté Maroc des Lab. ROUSSEL, 48, rue Nationale.
SAIGON : Laboratoires ROUSSEL 26, rue Lagrandière.
AUTRES PAYS DE L'UNION FRANÇAISE : Adresser les demandes aux Laboratoires ROUSSEL, 89, rue du Cherche-Midi, PARIS (VIe)

Traitement des entorses bénignes et phénylbutazone

—o—

(A propos de 4 cas)

par le Dr R.C. Tibi

—o—

Actuellement le but recherché dans le traitement des entorses bénignes (après s'être assuré de l'absence de lésions osseuses par la radiologie) est la mobilisation précoce.

Celle-ci ne peut se pratiquer que grâce à l'analgésie obtenue par diverses thérapeutiques : Novocaïne locale, Sopos..., etc.

Un nouvel agent thérapeutique : la Phénylbutazone permet de réaliser très rapidement cette analgésie grâce à son action anti-inflammatoire, ainsi que le montrent les 4 observations suivantes.

Obs. 1 : M. C. 35 ans, consulte pour des douleurs de la cheville, persistant 5 jours après une entorse, et entraînant une impotence marquée.

A l'examen : œdème périarticulaire, douleur à la pression surtout à la face externe ou persiste encore une ecchymose, augmentation de la chaleur locale.

La radiographie est strictement normale.

Devant ces phénomènes nettement inflammatoires, j'ai pratiqué une injection intra-veineuse de Phénylbutazone sans Lignocaïne.

Dans les minutes qui suivirent l'amélioration se fit sentir et l'appui sur la cheville redevint possible.

48 heures plus tard tous les signes inflammatoires avaient disparu.

Obs. 2 : M. M... Présente depuis 36 heures une entorse de la cheville. Douleur importante, gonflement discret. Dès la première injection intra-musculaire très grosse amélioration. A la troisième, guérison.

Obs. 3 : M. D... Entorse de 3 jours du genou. Marche très pénible. Sensibilité à la pression du ligament latéral interne. Disparition des douleurs dès la première injection intra-musculaire.

Obs. 4 : M. B... présente une entorse de la cheville depuis 18 h.

Je le vois chez lui car l'impotence est absolue.

A l'examen : léger gonflement, rougeur à la face externe de la cheville, douleur très vive à la pression.

Un heure après l'injection intra-musculaire de Phénylbutazone, il peut aller se faire radiographier.

4 cas sont insuffisants pour permettre de juger. Je tenais simplement à signaler ce fait thérapeutique qui a pu permettre une guérison sur l'heure d'entorses par une simple injection intra-musculaire.

HYDERGINE

Maladie hypertensive

Troubles vasculaires périphériques

Insuffisance coronarienne et angine de poitrine

—o—

GOUTTES TABLETTES SUBLINGUALES AMPOULES

Laboratoires SANDOZ S.A.R.L.

6, Rue de Penthièvre — PARIS-8e

—o—

DEPOSITAIRE GENERAL :

M. JARMON — 10, Rue d'Espagne - TUNIS

GLUTAMATE DE CALCIUM LAROCHE-NAVARRON

VIVACALCIUM

LAROCHE-NAVARRON

AMPOULES BUVABLES ET INJECTABLES

COMPRIMÉS ★ SUPPOSITOIRES

LABORATOIRES

LAROCHE-NAVARRON

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

Hypertension artérielle juvénile avec rein atrophique congénital

Intervention - Résultat médiocre

par Henri Cohen, J. Cuénant, André Nahum et S. Ben Messaouda
(Hôpital Charles Nicolle, Services des Drs Benmussa et Demirleau)

—o—

Il est devenu classique depuis quelques années de rechercher systématiquement une néphropathie unilatérale, au cours des hypertensions artérielles.

Bien qu'une telle lésion unilatérale soit assez rarement rencontrée. elle constitue cependant une éventualité favorable, car une néphréctomie peut être envisagée, pouvant amener une baisse importante et souvent durable de la T.A.

Quelques résultats encourageants ont été publiés et l'un de nous se propose même de vous présenter dans un avenir proche quelques malades opérés avec succès.

Malheureusement, tel n'est pas toujours le cas et malgré les critères rigoureux qui président au choix des malades, on peut avoir des échecs.

C'est un échec, plutôt un résultat médiocre que nous voulons vous présenter aujourd'hui.

OBSERVATION

Sal..., âgé de 28 ans est venu consulter l'un de nous en novembre 53 pour examen systématique préliminaire à un emploi de fonctionnaire.

Il avait eu un chancre syphilitique en 1947 qui semble avoir été correctement traité, et l'on ne relevait aucun autre antécédent pathologique.

Pas de signes fonctionnels d'aucune sorte.

On était en présence d'un jeune homme d'allure athlétique, semblant en pleine santé, aussi les découvertes de l'examen systématique, nous causèrent-elles une grande surprise.

Cœur : Souffle systolique de pointe, de faible intensité, vraisemblablement fonctionnel.

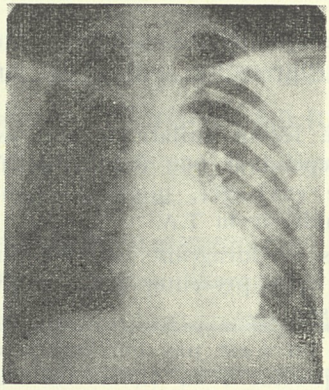
Une hypertension artérielle 26.16 à ce premier examen.

Scopie : Cœur globuleux;
Hypertrophie du ventricule gauche;
Aorte élargie, déroulée;
Poumons clairs, normaux.

On conseille alors au malade de se faire hospitaliser pour examens complémentaires, et le 22 XI 1953, il fut admis dans le Service du Dr Benmussa à l'Hôpital Charles Nicolle.

Dans le service, après quelques jours de repos, la T.A. est à 24.14.

Par un interrogatoire plus minutieux, nous apprenons qu'il a ressenti quelques petites crampes des extrémités, une vague impression de vertiges et qu'un effort trop prolongé pouvait amener des palpitations.



Au total symptomatologie fonctionnelle très pauvre.

La Radiographie confirme les données de la Scopie.

Fond d'œil :

à droite strictement normal;

à gauche normal, sauf un petit point brillant sus-maculaire de nature indéterminée, cicatrice d'hémorragie ponctiforme ou petit exsudat.

Urée sanguine 0,38;
Urines normales;
Glycémie 0,86;
B.W. négatif.

Urographie intra-veineuse : montre un rein gauche normalement injecté. Par contre on ne voit aucune image à droite.

Sur ces données on intervient le 5 janvier 1954, dans le Service du Docteur Demirleau.

Compte-rendu opératoire :

Incision à la hauteur de la 11e côte et résection de celle-ci. L'exploration attentive montre qu'il n'existe pas de rein. Toutefois en disséquant la veine cave on finit par trouver une collatérale qui se rend à une petite glande de volume d'un ganglion et qui est un rein

atrophique congénital (5,5 cm.). Il existe en effet, une artère filiforme. On enlève le rein atrophique ainsi que la surrénale qui est augmentée de volume.

Examen Ana. Path. (Dr Charles ZÉRAH) :

MACROSCOPIQUEMENT : il s'agit de deux organes accolés l'un à l'autre, dont le supérieur est une surrénale de taille normale, et l'inférieur un rein de petite taille.

MICROSCOPIQUEMENT :

La surrénale présente des caractères histologiques tout à fait normaux.

Le rein est constitué d'un tissu conjonctif important, peu vascularisé dans lequel on trouve de très nombreuses glandes à revêtement épithélial cylindrique. Ces glandes ont une lumière assez large, on ne note aucune transformation en néphrite.

En résumé : Il s'agit d'un rein atrophique congénital.

Après l'intervention, les suites furent excellentes, aucun incident n'a été signalé. La T.A. est retombée à 19 de Mx. et pendant toute la durée de l'hospitalisation a oscillé entre 18 et 20, au repos complet et sans aucun traitement. 4 semaines après l'intervention le sujet quitte l'hôpital avec un T.A. à 20-13.

Mais revu à la consultation le 4-11-54. les chiffres étaient à 21-13, alors que le sujet avait repris un semblant d'activité. et à 22-13, six semaines après.

Ainsi malgré une indication opératoire bien posée, chez un sujet jeune, sans atteinte oculaire, ni neurologique, sans troubles cardiaques importants, l'intervention, consistant en l'ablation d'un rein atrophique congénital, n'a amené qu'une chute modérée de la judenale et de la T.A. dont la maxima est passée de 25 à 21, résultat médiocre et nullement supérieur à ce que l'on aurait pu attendre d'un traitement médical banal.

CONCLUSIONS

Des problèmes que pose l'H.A. permanente, le problème thérapeutique n'est pas le moins ardu. Sa complexité, s'accroît encore lorsqu'il s'agit d'une H.A. juvénile de pronostic redoutable et actuellement assez fréquente.

Dernièrement BERNAL dans une monographie a souligné l'inefficacité des divers traitements médicaux (ganglioplégiques, sympatholytiques, vasodilatateurs, cure de sommeil. Mais ce qui semble à l'ordre du jour ce sont les traitements chirurgicaux, qui de LERICHE à SMITHWCK font l'objet de nombreux articles et rapports.

La plupart des auteurs sont actuellement d'accord pour adopter dans la discussion du traitement chirugical la ligne de conduite suivante : Eliminer tout d'abord les cas particuliers de l'H.A. par lésion rénale unilatérale ce qu'on a appelé l'H. Urologique.

Génésérine

SÉDATIF
DE L'HYPEREXCITABILITÉ SYMPATHIQUE

l'hypoacidité, la dyspepsie atonique, le syndrome solaire
des estomacs paresseux, la tachycardie,
les palpitations **des cœurs nerveux**

20 à 30 gouttes, ou 2 à 3 granules à chacun des 3 repa
ou une ampoule de 2 milligr. en injection sous-cutanée quotidienne.

Laboratoires AMIDO - 4, Place des Vosges - PARIS

La Grande Marque
Des Antiseptiques
Urinaires et Biliaires

56, Boulevard Pereire
PARIS (17e)

URASEPTINE ROGIER

dissout et chasse l'acide urique

Echantillons et Littérature :
OFFICE DE PROPAGANDE MEDICALE, 53, r. des Maltais, TUNIS

Dans ces H.A. consécutives à une infection rénale unilatérale, la clinique semble reproduire l'expérience classique de GOLDBLATT sur le pincement de l'artère rénale. La première observation rapportée est celle de BARBIER et CIBERT en 1937 : H.A. au cours d'une tuberculose rénale unilatérale suivie d'un abaissement considérable et durable du chiffre tensionnel à la suite de l'ablation du rein malade. Dans un cas de FREEMAN et HARTLEY en 1938, il s'agissait d'un malade présentant un rein solitaire ischémique; à la suite de l'ablation de l'autre rein qui avait été traumatisé par accident on vit se développer une H.A. grave et progressive qui aboutit en deux ans à la mort. A l'autopsie on trouva le parenchyne intact, mais à l'origine de l'artère rénale une grosse plaque athéromateuse interrompait presque complètement le débit artériel. De même certains cas d'hydronéphrose unilatérale s'accompagnaient d'une H.A. considérable qui cédait soit au drainage (Blamoutier) soit à la néphrectomie (Facquet). LENÈGRE a publié en 1946 un cas de lésion rénale unilatérale guéri par la néphrectomie. Dans une révue générale en 1950 HAMBURGER fait état de 250 cas connus d'H.A. par lésion rénale unilatérale. La lithiase représente 16 % des cas, l'hydronéphrose 21 % des cas, pyélonéphrite 16 % des cas, *aplasie rénale* 11 %. Les autres causes plus rares sont les kystes, les tumeurs, l'anévrysme de l'artère rénale.

En ce qui concerne l'aplasie rénale, elle est soit secondaire à une pyélonéphrite soit primitive d'origine inconnue et l'intervention donne 25 % de succès avec retour à la T.A. normale 75 % d'échecs. FONTAINE en décembre 1953 rapportant 117 cas d'H.A. traités chirurgicalement souligne que ce traitement doit comprendre dans un temps préalable la recherche d'une anomalie rénale unilatérale et si celle-ci est découverte le seul traitement logique est la néphrectomie. Cependant FONTAINE constate le caractère décevant malgré sa logique de cet acte thérapeutique. En effet, sur six cas opérés un seul survivait après dix ans. Cependant malgré ces résultats médiocres nous adopterons les conclusions d'HAMBURGER : « Quelle que soit la rareté de cas de guérison, l'urographie intra-veineuse est spécialement indiquée dans les trois cas suivants d'H.A. permanente :

1° Sujet jeune;
2° Sujet sans antécédent « héréditaire » d'hypertension;
3° Sujet accusant un trouble urinaire quelconque : hématurie, douleurs lombaires;

et doit être suivie d'une néphrectomie quel que soit le pourcentage de guérisons consécutives à cette intervention.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de Médecine LEMIÈRE et collaborateurs (Maladie des Vaisseaux).
BERNAL « Les traitements de l'H.A. » (Semaine des Hôpitaux) 14-3-54.
HAMBURGER « Les problèmes de l'H.A. » Actualité de clinique thérapeutique 1950.
FONTAINE et CHARDON « Résultats du traitement chirurgical de l'H.A. permanent d'après 117 cas » (Strasbourg Médical, décembre 1953).

Depuis 1885 au service de la Médecine les

Laboratoires Byla

vous rappellent

ANTELOBINE

100 - 500 - 1000 - U. I.

BYLA

SCORBUMINE

Vitamine C

Ampoules et comprimés
à 100 et 500 mgrs

SURRASTHENINE

Flacons de 125 et 250 cc.

◆

Laboratoires BYLA

20, Rue des Fossés Saint-Jacques - PARIS

Traitement de l'acné polymorphe juvénile par implants d'hormone gonadotrope sérique (Premiers résultats)

Par M. Elie Cohen-Hadria

J'ai appliqué à l'heure actuelle à 14 cas d'acné polymorphe juvénile le traitement par implants d'hormone gonadotrope sérique préconisé par Aron-Brunetiere.

Les implants préparés par un laboratoire spécialisé, et qui sont uniformément de 1.000 unités ont la forme de petits cylindres, ce qui permet d'utiliser pour les mettre en place un trocart à paracentèse de 45 dixièmes de millimètre. D'où simplification considérable de la technique.

Aron-Brunetiere recommande de faire un deuxième implant 20 jours après le premier, et un troisième implant après un nouvel intervalle de 20 jours. Il considère que trois implants sont suffisants dans l'immense majorité des cas.

Gate et ses collaborateurs, sans être aussi enthousiastes qu'Aron-Brunetiere trouvent que ce traitement améliore considérablement l'évolution de la maladie, souvent si désespérante malgré les thérapeutiques classiques, dont la moins inconstante est la cure d'exfoliation. Mais ils pensent également que le traitement classique ne doit pas être abandonné mais au contraire être conservé comme adjuvant du traitement par implants.

Pas plus que Gate et ses collaborateurs, je n'ai cru devoir renoncer sur mes malades aux applications de topiques externes.

Au moment où est rédigée cette note, de mes quatorze malades :

cinq ont reçu trois implants;
cinq ont reçu deux implants,
quatre ont reçu un implant.

Je les ai classés au point de vue des résultats en quatre catégories.

J'appelle :

— Très bon résultat un résultat spectaculaire avec fonte véritable de l'acné;

— Bon résultat un résultat s'approchant de la guérison complète et en tous cas nettement supérieur dans les mêmes délais de temps, aux meilleurs résultats obtenus par les topiques classiques seuls;

— Résultat moyen un résultat au moins égal aux meilleurs résultats par topiques seuls;

GLÉSOL

FURONCLES, ORGELETS, ANTHRAX
ABCÈS, PHLEGMONS
ACNÉ, IMPÉTIGO, PYODERMITE

•

CAPSULES : *8 capsules 3 fois par jour*

GRANULÉ INFANTILE :
1 à 8 mesures pro die

SUPPOSITOIRES ADULTES
1 toutes les 4 heures

SUPPOSITOIRES ENFANTS
1 matin et soir

Nouvelle présentation

TUBE DE 150 CAPSULES

•

REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE
L'A.P. - L'A.M.G. - LES COLLECTIVITÉS

•

Laboratoires COUTURIEUX
P. CANDÉLIER, Pharmacien-Chimiste
79, Rue de Tocqueville - PARIS-17e
WAG. 45-06

O.V.P.

L'ANTISTAPHYLOCOCCIQUE DE CHOIX
PAR SON
ACTION MODIFICATRICE DU TERRAIN

Les Laboratoires COUTURIEUX vous rappellent également :

C. O. B. PANGLANDINE LANTOL
ZYMION ZYMOCAL

— Résultat médiocre, un résultat sensiblement comparable à celui qu'obtiennent habituellement les traitements classiques seuls;

— Parmi les cinq malades ayant subi trois implants (quatre jeunes femmes et une jeune fille), j'ai obtenu : trois très bons résultats dont un dès le premier implant, deux après le second, un bon résultat et un résultat moyen.

L'un de ces résultats est particulièrement remarquable. Il concerne une femme de 37 ans atteinte depuis sa jeunesse d'une acné indurée profonde absolument rebelle à toutes les thérapeutiques, et que sa guérison a véritablement transformée physiquement et moralement.

Parmi les cinq malades n'ayant subi que deux implants j'ai eu un succès spectaculaire dès le premier implant dans un cas (chez une jeune fille de 19 ans couverte d'acné comédonienne).

Un bon résultat chez un homme atteint d'une considérable acné furonculeuse;

Un autre résultat, bon dès le premier implant sur le visage, bon mais plus tardif, après le second implant, sur le dos, chez une jeune fille très atteinte; enfin deux résultats moyens.

Les quatre malades à qui je n'ai fait qu'un seul implant peuvent se classer ainsi : un très bon résultat, chez un garçon qui a abandonné le traitement par pusillanimité;

Un autre très bon résultat chez un garçon atteint d'une acné furonculeuse du visage et du dos presque monstrueuse;

Un bon résultat - chez une jeune fille; enfin, un résultat moyen chez un jeune garçon.

En résumé, en mettant en vrac les quatorze malades traités sans tenir compte du nombre d'implants placés, on trouve :

Très bons résultats : 6;
Bons résultats : 5;
Résultats moyens : 3;
Résultats médiocres : 0.

Nous disposons donc avec les implants d'hormone gonadotrope sérique d'une thérapeutique très nouvelle et exceptionnellement active sur l'acné polymorphe juvénile.

Elle ne nous dispense certes pas du traitement local. Il est également vraisemblable que l'on sera obligé dans les cas les plus rebelles de pratiquer de nouvelles implantations à plus longue échéance. Mais il y a là incontestablement un progrès immense dans la thérapeutique de l'acné polymorphe juvénile, si souvent décevante jusqu'à présent.

Il convient également de noter que nos tentatives antérieures de traitement de l'acné par des injections intramusculaires d'hormone gonadotrope sérique même à doses plus élevées que celles utilisées avec les implants ne nous ont pas donné de résultats bien probants.

PHOSPHALUGEL

PHOSPHATE D'ALUMINE COLLOIDAL

PANSEMENT DIGESTIF

Laboratoires BIOTHERAX, La Plaine, St Denis (Seine)

LABORATOIRES
CHIBRET

POMMADES ANTIBIOTIQUES

Clermont-Ferrand — PARIS

AUREOMYCINE	1 et 3 %
BACITRACINE CHIBRET	1.000 u/g
CHLORAMPHENICOL	1 %
OXY-TETRACYCLINE	1 %
PENICILLINE CHIBRET	1-5-10.000 u/g
STREPTOMYCINE (Dihydro)	1 %
TRI-ANTIBIOTIQUE	

Tubes Ophta et Dermato

RR. W. PARIS

TUNISIE : Ets ZANA et COHEN-JONATHAN
14 bis, Rue Arago — TUNIS

Etude du transit digestif d'un même sujet pendant dix semaines comportant 7 images radiographiques successives du troisième temps

par MM. Maurice DELORT et R. TÉDESCHI

Qu'on nous excuse de répéter que l'étude du transit d'une bouillie opaque de 200 gr. de baryte, comprenant 4 examens de base auxquels on peut ajouter tous temps supplémentaires qu'on désire, est un examen des plus utiles.

L'un des reproches faits est celui de l'instabilité des images.

L'étude que nous apportons répond à cet argument et vous démontrera, nous le pensons, que cette instabilité est plus apparente que réelle, elle nous permettra aussi de tirer un certain nombre de conclusions diagnostiques et thérapeutiques qui nous paraissent importantes :

Il nous a été donné de faire du 5 février au 29 avril 1953, 7 radiographies du même sujet dans les mêmes conditions au 3e temps du transit.

Ces 7 images sont *non identiques* mais analogues. Le côlon droit et la dernière anse idéale y ont un aspect absolument semblable.

Les autres segments ont l'air dissemblables mais ces variations sont toujours dans le même sens, ne se contredisent pas et nous donnent des renseignements importants sur les tendances et les anomalies propres au sujet examiné.

— Il s'agit d'un sujet de 40 ans, né à Tunis, sans antécédents héréditaires et collatéraux morbides notables.

Dans ses antécédents personnels existent une atteinte de paludisme, des migraines, une ou deux atteintes de dysenterie amibienne mal étudiées. Il en a gardé une certaine fragilité colique révélée par le fait qu'il n'est jamais constipé, car nous pensons que tout sujet moyen qui suit les habitudes alimentaires courantes de notre époque est obligé de présenter de temps en temps une légère stase ou une légère constipation à laquelle nous ne nous permettons pas d'appliquer le terme de normale, que d'autre part il présente de temps en temps une passagère poussée diarrhéique.

Il a de légères angoisses avec palpitations de cœur, mais aucun symptôme circulatoire sérieux. Il pratique les sports de façon normale et en supporte très facilement les fatigues.

Ces 7 examens ont été diversement accompagnés par des selles qui n'auraient pas permis de prévoir les images que nous apportons ici.



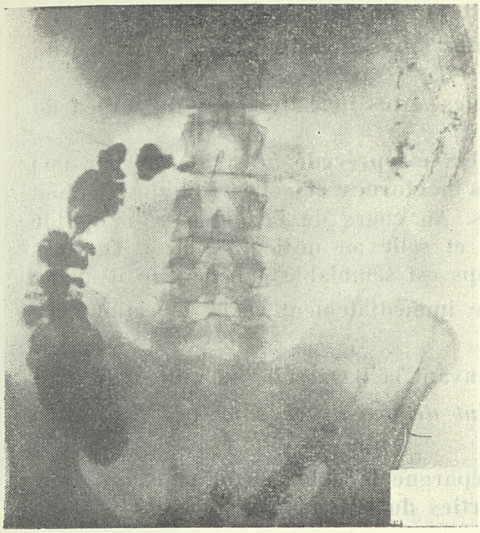
Examen n° 1 : 9 H 20 M
après ingestion de B.O.



Examen n° 2 : 9 H 20 M
après ingestion de B.O.



Examen n° 3 : 10 H 10 M
après ingestion de B.O.



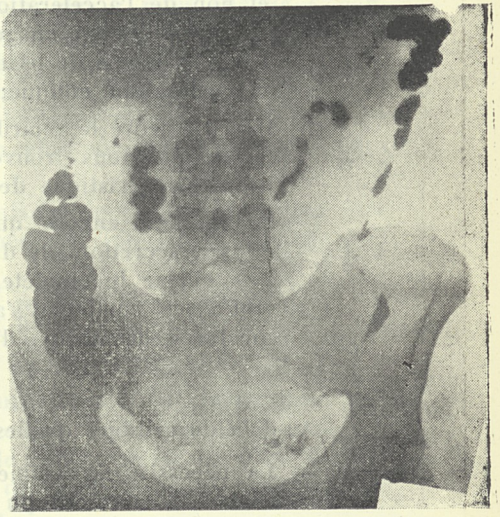
Examen n° 4 : 10 H 15 M
après ingestion de B.O.



Examen n° 5 : 10 H 15 M
après ingestion de B.O.



Examen n° 6 : 11 H 15 M
après ingestion de B.O.



Examen n° 7 : 9 H 15 M
après ingestion de B.O.

Au cours de l'examen n° 1 il y a : 1 selle 1 heure 1/2 avant la prise de B.O. et une selle au milieu de la journée.

Pour l'examen n° 2 : une selle 15 minutes après l'ingestion.

Pour le 3 : une selle 15 minutes après ingestion, une au milieu du jour.

Pour le 4 : une selle 15 minutes après ingestion, une au milieu du jour.

Le 5 est plus remarquable; il a été précédé à 48 heures par une poussée diarrhéique avec coliques nocturnes et selles liquides, le tout calmé apparemment en 24 heures. Au cours de l'examen selle liquide quelques instants après ingestion et selle au milieu du jour. Or vous pouvez remarquer que son 3e temps est semblable à beaucoup d'autres.

Au cours de l'examen 6, selle immédiatement après ingestion, une selle au milieu du jour.

Au cours du 7e examen selle avant la B.O., selle au milieu du jour.

Que nous démontrent du point de vue de ce sujet ces 7 examens successifs ?

— Qu'il y a une colite qui épargne le colon droit mais qui intéresse les deux autres parties du côlon;

— Que cette colite qui entretient un état d'excitation colique manifeste ne lui fait pas réaliser une évacuation intestinale normale, malgré les 2 ou 3 selles par jour. Malgré les crises comme celle qui a précédé l'examen n° 5 il a de la stase côlique droite et même de la stase iléale;

— D'ailleurs les autres temps du transit révèlent de la teneur et non de l'accélération.

Témoin cette image de H + 4 H 50 M (fig. 8) qui nous montre le 2e temps de base avec grêle en retard malgré une image d'accélération colique;

— A la 24e heure le retard du côlon droit n'est pas corrigé et l'image que nous trouvons (fig. 9) est celle d'un allongement très caractéristique de la colonne opaque;

— Remarquons encore qu'aucune de ces images ne comporte d'hypersécrétion, de dilution. Toutes sont de même.

Forme incomplète, nous semble-t-il, de la colite, la vraie colite, la complète s'accompagnant d'hypersécrétion ou d'aspects en grumeaux, d'hyperkinésie, d'intolérance.

*
* *

Au-delà de ce sujet quelles vérités nous rapellent ces images :

— La nécessité là comme ailleurs de la multiplicité des images. Sur 7, 2 auraient pu nous induire en erreur. Heureusement, les autres temps et notamment le temps des 24 heures nous auraient presque sûrement mis en garde.



Fig. 8 : 4 H 50 M
Après ingestion de B.O.
Temps 2 du transit



Fig. 9 : 23 H 50 M
Après ingestion de B.O.
Temps 4 du transit

— La démonstration qu'aucune diarrhée ne doit être supposée bien vider l'intestin, que ces intolérances segmentaires en particulier gênent plutôt qu'elles ne favorisent l'évacuation.

C'est là une vérité que les médecins des « pays chauds » connaissaient mieux que ceux des régions tempérées puisque la coutume était généralement établie de donner du sulfate de soude aux dysentériques. Quand, encore ignorants de ces faits, nous nous en étonnions on nous répondait, car le médecin a toujours réponse à tout, que ce médicament à dose modérée avait un effet astringent (du mot latin astringere, resserrer).

On se rend compte que le mécanisme de l'évacuation pour être provoqué d'une façon qui serve vraiment les intérêts du malade doit comporter les effets suivants :

— Provoquer une légère sécrétion qui favorise le glissement.

— Fournir du volume par un don suffisant de déchets et c'est là que les mucilages remplissent un rôle efficace;

— Provoquer prudemment mais suffisamment la kinésie pour que la colonne opoque soit entièrement mobilisée et ne soit pas seulement fragmentée et que le côlon réalise en 24 à 30 heures une évacuation complète de toute la masse qui aura été correctement créée et poussée.

Toute exagération des moyens employés mais aussi, hélàs, toute faiblesse va à l'encontre du but poursuivi.

C'est pour cela que dans certains cas on ne peut s'en tirer qu'en vérifiant le transtit obtenu par le traitement à plusieurs reprises.

nouvel Antihormotrope de Synthèse

DIOBÈNE

3-5-DIIODO-4-HYDROXYBENZOATE DE N-BUTYLE

Régulateur des troubles hyperthyroïdiens
et hyperfolliculiniques

BOITE DE 40 COMPRIMES DOSES A 0,25
REMBOURSE PAR LA SECURITE SOCIALE

2 à 8 COMPRIMES PAR JOUR
LITTERATURE MEDICALE *sur demande*

CORBIÈRE

BASEDOWS
MÉNOPAUSE
DYSMÉNORRHÉES

LABORATOIRES CORBIÈRE • 27, RUE DES RENAUDES • PARIS 17e

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

Ed. du CARQUOIS

Le pansement de marche

ULCÉOPLAQUE

du Docteur Maury

CICATRISE

- **PLAIES ATONES**
- **ESCARRES**
- **ULCÈRES VARIQUEUX**

ULCÉOPLAQUE
2 DIMENSIONS :
ULCÉOPLAQUE N° 1 5×6 cm.
ULCÉOPLAQUE N° 2 7×9 cm.



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

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

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

LABORATOIRE SÉVIGNÉ - R. MAURY. Ph., 76, r. des Rondeaux - PARIS

ASCITES BLANCHATRES CHYLIFORMES

par A. Corcos et S. Mokaddem

—o—

Il arrive de temps à autre, que la ponction d'une ascite révèle un aspect spécial du liquide, couleur sirop d'argent dilué.

Nous vous en présentons trois cas, certainement d'origine différente, intéressants à connaître, car ils peuvent conduire à une thérapeutique efficace.

Observation 1.

Chabbi ben Belkhir Hindaoui, âgé de 20 ans, berger, originaire de Meskiana (département de Constantine) entre à l'hôpital, le 1er septembre 1951 pour augmentation de volume de l'abdomen, œdèmes très étendus réalisant un véritable anasarque.

Le début de la maladie remonte à trois mois environ par douleurs abdominales vagues, asthénie et fièvre.

Hospitalisé à Constantine, six jours après le début de ses malaises, ce jeune berger est demeuré six semaines à l'hôpital où il aurait suivi un traitement intra-veineux sur la nature duquel il a été impossible d'avoir des précisions. Malgré ce traitement, son abdomen continuant à augmenter de volume, il quitte cet établissement et vient en Tunisie se faire hospitaliser à Sadiki.

Antécédents : dans les antécédents personnels, on relève, il y a deux ans, un épisode caractérisé par de la toux et traité par des « pointes de feu ».

Le père est vivant, la mère est décédée, laissant son enfant en bas-âge, deux frères et une sœur bien portants.

A l'examen l'attention est immédiatement attirée par l'abdomen qui est énorme, avec paroi infiltrée, ombilic déplissé, circulation collatérale; il s'agit d'une ascite libre; en outre, anasarque généralisée.

Cœur normal. Aux poumons, on note une matité de la base gauche.

Trois jours après l'hospitalisation, et après un échec thérapeutique diurétique (théobromine), on fait une ponction évacuatrice qui retire quatorze litres d'un liquide *chyliforme.*

Un échantillon de ce liquide est adressé à l'Institut Pasteur pour examen direct et culture, qui répond :

— Liquide clair légèrement opalescent, non fibrineux;

— A l'examen direct et par culture : absence de bacilles tuberculeux et de microbes.

Entre temps, on demande une radiographie pulmonaire qui nous révèle, en plus d'un discret épanchement gauche, une infiltration parahilaire droite, centrée par une clarté arrondie (excavation ?)

Pensant à une forme spéciale de péritonite tuberculeuse, nous mettons notre malade au traitement suivant; à partir du 6-9-51 :

— 2 cuillerées à soupe de PAS et un gramme de streptomycine par jour.

Le 10 : seconde ponction évacuatrice qui retire 8 litres.

La température normale à l'entrée, dessine quelques crochets à 37°8 le 6 et le 8 septembre, à 37°5 le 12 septembre, à 39°4 le 15, à 38°5 le 20, 37°6 le 21, à 38°1 le 27, à 38°4 le 6-10-51; à 40° le 8-10-51 et se maintient autour de 37°8-37°9 jusqu'au 17-10-51 date à laquelle nous l'adressons au service de phtisiologie d'E. Conseil pour collapsothérapie.

Mais devant la négativité de la bacilloscopie, ce service nous le renvoie le 26.

La température continue à être subnormale entre 37°8-37°9. Nous poursuivons le traitement indiqué plus haut.

Une radiographie faite le 13-10-51 montre la disparition de l'épanchement pleural et une amélioration très sensible de l'infiltration parahilaire droite, l'excavation (?) visible sur le premier cliché a disparu.

Le 16-10-51, quoique le malade ne crache pratiquement pas nous faisons une bacilloscopie qui est négative.

Le 27-10-51, il ne subsiste plus qu'une scissurite moyenne droite; parallèlement, l'ascite a disparu d'une manière progressive, la température n'est redevenue normale que le 23 novembre.

A la veille de quitter l'hôpital, le 10-12-51, ce jeune berger est guéri, sa péritonite a totalement rétrocédé, son état général est florissant. Radio pulmonaire sensiblement normale.

En somme, ascite chyliforme très abondante, pleurésie, ombres pulmonaires, état général effroyable, le tout ayant fort bien guéri 71 gr. de streptomycine et P.A.S. sans qu'on ait pu faire la preuve absolue de son origine bacillaire.

*
* *

Observation 2.

Mme Mna ben Ahmed, 40 ans, entre le 20-11-1951 pour œdèmes et ascite datant de 1 mois.

Examen : œdèmes généralisés, ascite abondante, anémie importante. Température normale. Poids 65 kg.

Examens de laboratoires :

Sang hémoglobine 75 %. V.G. 0,93. N.G. : rouges 4.002.000, blancs 9.300 dont poly neutro 84, mono grands et moyens 12, lympho 4.

Urée sanguine : 0,60 %.

Urines . albumine dans les urines : 1 gr. à l'Esbach, pas de cylindres granuleux.

TRIPTYQUE BI-HORMONAL "ROLLAND"



SYNERGON



Hyperfolliculinie
Troubles Prémenstruels
Fibromyomes

Aménorrhées
(Méthode de Zondek)
Avortements répétés

Ménopause
Frigidité
Andropause

Ampoules injectables de 1 cc. Suppositoires même dosage

REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

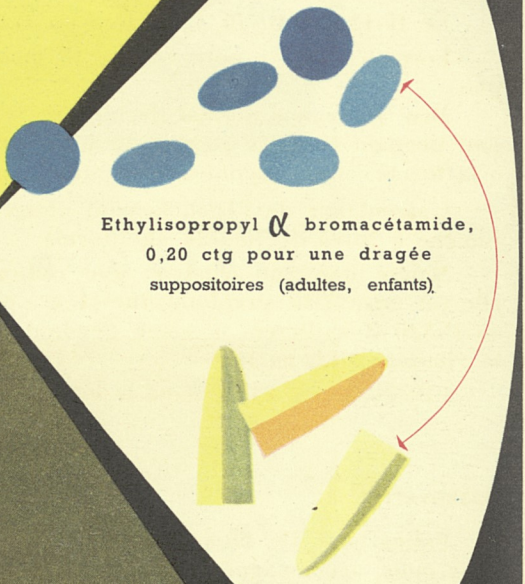
LABORATOIRE DE L'HÉPATROL
4, Rue Platon — Paris XVe

VAGOPROL

SÉDATIF DES DYSTONIES NEURO-VÉGÉTATIVES

SPÉCIFIQUE
DE L'ÉMOTIVITÉ
ET DE L'ANXIÉTÉ





Ethylisopropyl α bromacétamide,
0,20 ctg pour une dragée
suppositoires (adultes, enfants)

ÉMOTIVITÉ
NERVOSISME
ANXIÉTÉ
IRRITABILITÉ
INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES NERVEUX DE LA MENSTRUATION
ET DE LA MÉNOPAUSE

Remboursés par la Sécurité Sociale

LABORATOIRE DE L'HÉPATROL
4, Rue Platon — Paris XVe

Selles : absence d'œufs et parasites.

Le 4-12 : *Ponction d'ascite : liquide chyliforme.*

— présente d'hématies; poly neutro 3 %; mono 8; lymphocytes 89.

— albumine 4,50 %; chlorures 6 gr. 43 % en chlorure de Na.

Le 6-12 : (Examen à l'Institut Pasteur) — albumine 1 gr 50; chlorure 5 gr 85; le liquide examiné donne la réaction des transsudats.

A l'examen direct et par culture : absence de bacilles tuberculeux et d'autres microbes.

L'inoculation au cobaye pratiquée se révèle négative.

Le 10-12 : H.G. 70 %; V.G. 0,89. G.R. 3.916.000. G.B. 9.300

Formule : 74 % poly neutro, 15 mono grands et moyens, 11 lympho

Mise au régime normal déchloruré, à la pénicilline (200.000 u par jour pendant 10 jours à cause de la formule sanguine à polynucléaires), à la théobromine, aucune modification locale ni générale.

L'abondance de l'épanchement oblige à une ponction d'ascite qui ramène 6 litres de liquide chyliforme.

Malgré une cuti-négative, une radiographie pulmonaire normale, elle fut mise à la streptomycine (1 gr. par jour pendant 2 semaines), au P.A.S. 2 cuillerées à soupe pendant une semaine sans résultats, à la vitamine B12, au fer.

Elle repart le 24-12 dans le même état.

*
* *

OBSERVATION 3.

Fatma bent Ali, 28 ans, entre le 13-6-52 pour une ascite datant de trois mois, accompagnée de diarrhée.

Examen : ascite très importante, déplissant l'ombilic; infiltration des membres inférieurs, cuisses, mollets; anémie importante très mauvais état général, température normale.

Une ponction évacuatrice donne six litres de liquide *lactescent.*

Foie - rate normaux.

Le poids après ponction est de 58 kgr. 500.

Examens complémentaires :

Radiographie cardio-pulmonaire normale;

Tubage gastrique : pas de B.K. Cuti + + +.

Examen du liquide : liquide clair, très légèrement opalescent, rares lymphocytes, 1,6 par mm3.

Albumine : 0 gr. 40 par litre.

Une nouvelle ponction le 30-6 confirme ces données : (quelques lymphocytes dans le liquide de centrifugation, albumine (0 gr. 40 par litre).

CHATEL-GUYON

(Puy-de-Dôme) Auvergne
Altitude : 400 m.

—o—

400 km. de Paris — Voitures directes — Express Thermaux
Paris et Marseille — Aérodrome d'Aulnat

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

CHATEL GUYON guérit l'intestin, constipation, colites, dysenteries, diarrhées, séquelles d'appendicite.

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

Elle guérit l'anaphylaxie et remonte l'état général.

CHATEL GUYON lutte contre la colibacillose en empêchant la stase et les fermentations intestinales, en cicatrisant les muqueuses et en supprimant les foyers de résorption.

CHATEL GUYON est cholagogue, combat l'insuffisance hépatique et la stase vésiculaire, éclaircit le teint et guérit les entérites coloniales.

CHATEL GUYON est la Station idéale pour combattre l'amibiase.

CHATEL GUYON, par son chlorure de magnésium, combat les tumeurs, tonifie et vitalise l'organisme.

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

A domicile, boire : **CHATEL GUYON « GUBLER », eau de cure;**
CHATEL GUYON « LEGERE », eau de table.

—o—

SAISON DU 30 MAI AU 30 SEPTEMBRE

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



Tests hépatiques de Gros. 1,60; Mac Lagan +.

Vitesse de sédimentation : 106 à la 1re heure.

Un cobaye but inoculé le 17 juin avec ce liquide, sacrifié et autopsié le 28-7. : absence de lésions tuberculeuses.

Pensant quand même à la bacillose, elle fut mise à 4 c. par jour de Rimifon et 2 c. à soupe de P.A.S. pendant 3 semaines sans grands résultats; l'ascite s'est réformée et le 12-7 nécessitait une nouvelle ponction de 5 litres de liquide opalescent.

Elle fut alors mise à la streptomycine; 1 gr. par jour pendant 10 jours, puis tous les deux jours pendant 20 jours.

La température a oscillé entre 37 et 37°8, avec des pointes à 38°5.

Une nouvelle ponction évacuatrice fut effectuée le 4 août.

Le 21 août, de nouveaux examens du liquide furent faits :

— Albumine 0 gr. 90 par litre, sucre : 0 gr. 50 par litre, urée : 0 gr. 58 — chlorures 6 gr. 43. On trouve encore quelques lymphocytes dans le dépôt de centrifugation.

La malade très pâle, porteuse toujours de son ascite, est mise à l'Activarol.

Une nouvelle cuti faite le 25-8-1952 est positive ++. Nouvelle ponction le 26 août (Pasteur).

Lipides : 3 gr. 40 par litre. Cholestérine : traces, globules de graisse : absence. Après centrifugation, quelques cellules endothéliales, quelques lymphocytes.

La malade sort le 5-9-52, quelque peu améliorée au point de vue état général, mais conservant son ascite.

En résumé, il s'agit de trois chyliformes, dont l'une fort abondante, s'accompagnant d'un état général effroyable, très probablement turberculeuse, a guéri après deux ponctions évacuatrices, à la suite d'un traitement par strepto-P.A.S., la 2e hypoalbumineuse, accompagnée d'une atteinte rénale légère, ainsi que la 3e dont le liquide était particulièrement pauvre en albumine (0,40) ont été absolument rebelles au traitement antibacillaire.

L'aspect lactescent des ascites ne préjuge en effet pas de son origine. On peut le voir au cours des bacilloses, un cas en a été rapporté par Loeper, Merklen et Bonnet, mais aussi au cours des cirrhoses à évolution lente. Il serait dû à une lyse cellulaire.

Ces ascites sont à différencier des ascites chyliformes dues à la rupture d'un vaisseau lymphatique distendu au cours d'une filariose, dont le diagnostic est fait par la mise en évidence des microfilaires dans le sang ou le liquide d'ascide.

En pratique, il est bon de savoir que certaines de ces ascites blanchâtres sont d'origine bacillaire et guérissent par le triple traitement Strepto-P.A.S.-Rimifon.

NOUVEAU !

On peut faire une cure de

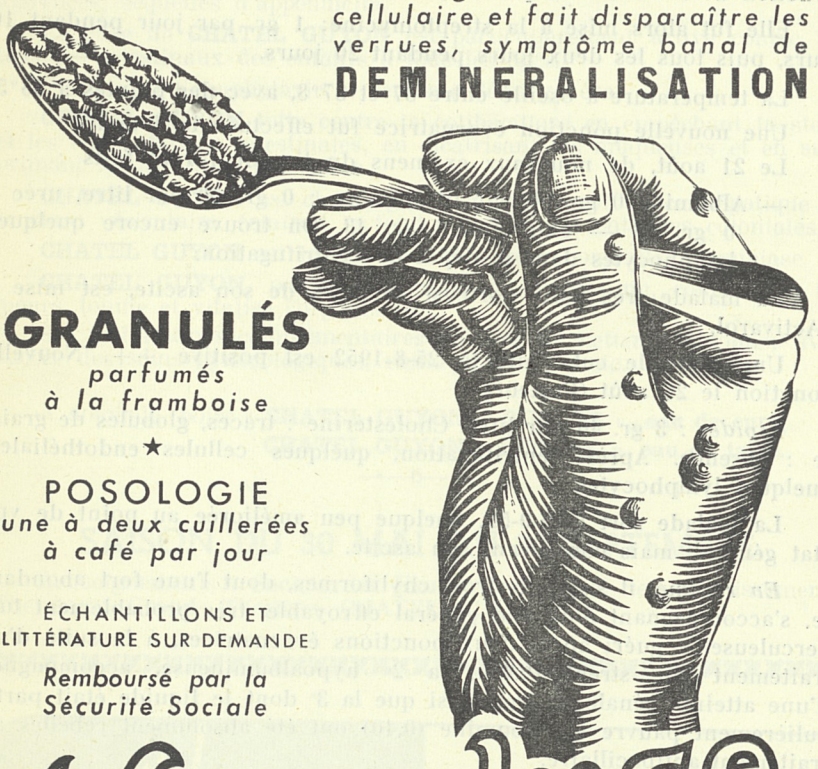
Verrulyse

sans avoir de verrues

★

véritable aliment magnésien ***Verrulyse*** *facilite l'anabolisme cellulaire et fait disparaître les verrues, symptôme banal de*

DEMINERALISATION



GRANULÉS

parfumés à la framboise

★

POSOLOGIE

une à deux cuillerées à café par jour

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE

Remboursé par la Sécurité Sociale

Verrulyse

PRODUITS BONTHOUX

VILLEFRANCHE (RHONE) FRANCE

Ed. PUBLIREX

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

Du concept et des sources actuelles d'un droit international médical codifié

par le Docteur Jacques DAIRE

—o—

Droit International médical codifié..... bien que cette terminologie n'aurait nul besoin de commentaire, il importe toutefois de préciser que cette œuvre consacre bien l'effort du médecin et du juriste. Par ailleurs, il s'agit d'une question d'extrême actualité et si, d'une façon aussi brève que possible, on peut essayer d'en faire aujourd'hui un résumé assez complet, il est à peu près certain que toutes les notions exposées seront à compléter demain par d'autres informations nouvelles.

Ceux qui, en juin 1951, ont participé aux travaux du XIIIe Congrès International de Médecine et de Pharmacie militaire, se rappellent sans doute que lors de la séance d'ouverture, le Médecin Général Inspecteur JAME, Directeur Général des Services de Santé aux Armées, avait esquissé les résultats de l'œuvre du Comité International de Médecine et de Pharmacie Militaire, qui débordant le cadre strictement médical de ses travaux, parvint à jeter les bases d'un Droit International Médical.

Sacrifiant à la coutume des historiques, il convient de rappeler en bref, quel est à ce propos l'évolution du grand courant d'idées dont le début peut être fixé au projet d'internationalisation des services de secours imaginé par le Gouvernement Espagnol dès 1953 et présenté à Madrid au VIIe Congrès International de Médecine et de Pharmacie Militaire.

Diverses initiatives ont été prises au cours de ces vingt dernières années :

ce fut d'abord en 1934, la publication du projet de Monaco, résultant des travaux d'une commission médico juridique réunie par le Prince Louis II et qui dégagea le rôle primordial que peut jouer le médecin dans l'humanisation de la guerre; mais ainsi que l'exprime le Professeur DE LA PRADELLE, « ces premiers travaux n'eurent dans leur hardiesse que des moments de vie dans des essais de structure ».

Les médecins militaires, se rendant compte des dangers nouveaux, des menaces, qui planaient sur la profession médicale en temps de guerre, ont demandé un véritable statut pour assurer l'efficacité, l'immunité et les garanties morales de la profession en temps de guerre.

Le premier grand organisme qui réalisa un plan concret fut l'Académie de Médecine Militaire de Florence et le premier cours d'éthique médicale internationale fut organisé en 1948 par le gouvernement italien.

L'Académie de Médecine de Paris, en résumant dans son vœu du 15 mars 1949 ces diverses aspirations, a donné à ces premières tentatives un essor qui devait aller en s'amplifiant en France :

dès 1949, l'Université d'Aix, Marseille étudiait la création d'un cours de droit international médical;

en 1951, l'école principale du service de santé de la marine à Bordeaux inaugurait, en liaison avec la Faculté de Médecine un cours de droit international médical; un cours identique était organisé dans le même temps par la Faculté de médecine de Toulouse en accord avec la Faculté de Droit;

des initiatives analogues se signalent en d'autres pays le Ministère belge de l'Instruction Publique demande aux recteurs des quatre facultés (Bruxelles-Gand-Liège-Louvain) d'inscrire l'enseignement du droit international médical dans les programmes officiels; au Mexique à l'issue du XII Congrès International de Médecine et de Pharmacie Militaires, il fut décidé de rendre obligatoire l'enseignement du droit international médical dans toutes les écoles de médecine; dans la République de Cuba, l'Académie de la Havane émet le vœu de voir inclure cette branche dans l'enseignement de la chaire de médecine légale.

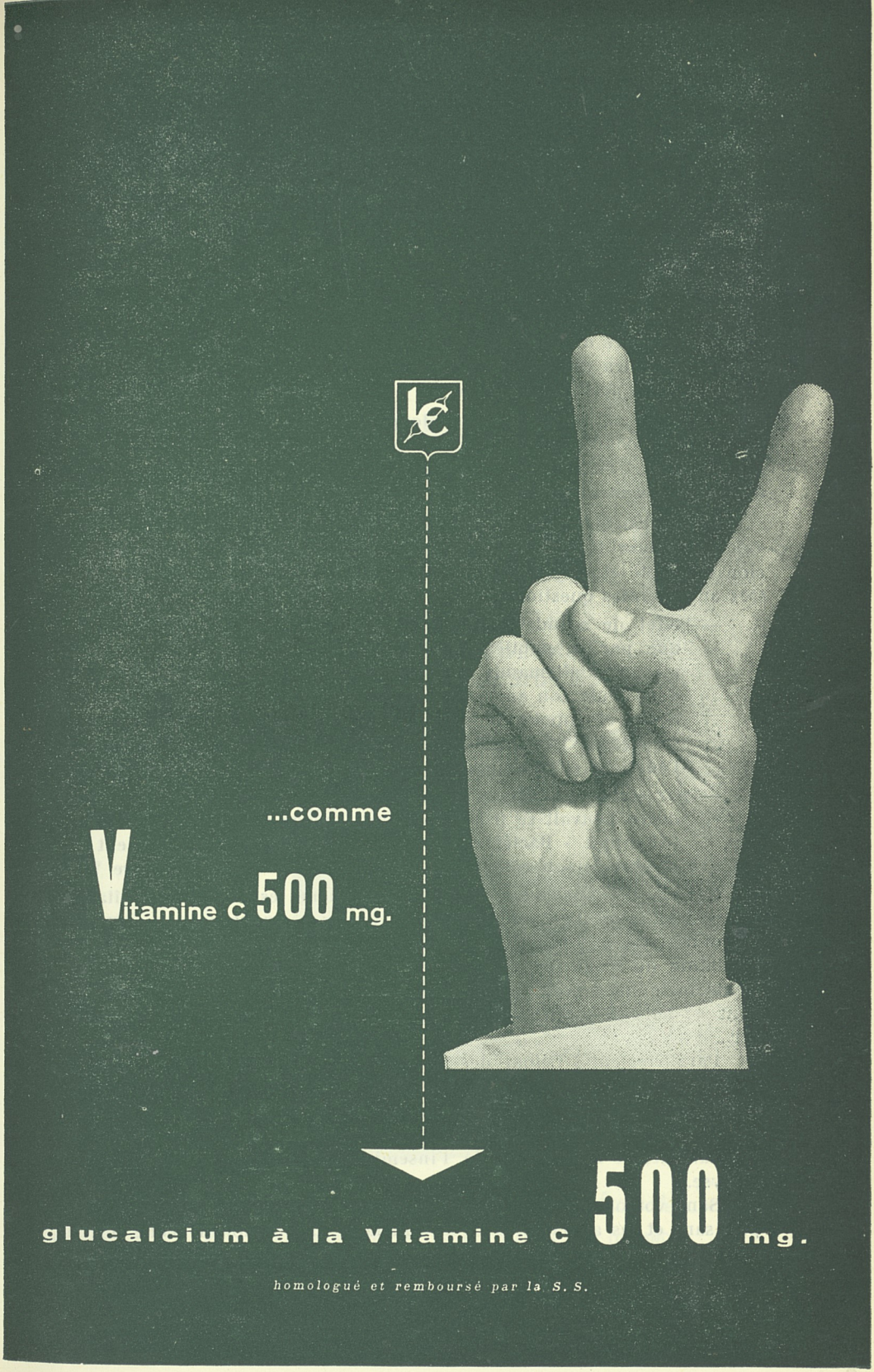
L'enquête faite par « Médecine de France » sous l'inspiration de Georges DUHAMEL a montré cette aspiration unanime à chercher « à reconnaitre ensemble certains impératifs intellectuels et moraux ».

Déjà dès 1950, l'office international de médecine et de pharmacie militaire, au cours de sa XIIIe session, avait présenté par la voix du Dr DEBRAY, Secrétaire Général de l'Ordre des Médecins français, un projet d'un Institut International de Droit Médical Comparé.

En Avril 1951, s'est tenue à Nice une importante réunion d'informations internationales; cette assemblée, provoquée par l'Institut d'Etudes Juridiques de Nice, filiale de la Faculté de Droit d'Aix Marseille, chercha à élucider les problèmes juridiques que pose la médecine, notamment devant la guerre.

Deux mois plus tard, en Juin 1951, lors de la XIVe session de l'office international de médecine et de pharmacie militaire, les délégués de plusieurs nations demandaient l'inscription de ces mêmes problèmes à l'ordre du jour de la session suivante.

Ainsi, alertés et entraînés par quelques individualités généreuses aux premiers rangs desquelles s'inscrivent des médecins français et belges, on voit un nombre croissant de groupements juridiques et médicaux, d'assemblées médicales, civiles et militaires, admettre la nécessité d'établir sur une base internationale les manifestations récentes de ce que l'on a appelé « l'œcuménisme médical ».



TUNISIE — **Ets NOTE**, 61 Avenue Garros — Tél. 97.090 — TUNIS

D'OU VIENT CETTE IDEE ?

L'humanisation de la guerre, la protection des victimes tant civiles que militaires, la création de villes et de zones sanitaires furent les souhaits peut-être utopiques mais généreux que la médecine militaire eut l'honneur de formuler la première, et ceci bien avant la dernière guerre.

A la suite des travaux de la commission médico-juridique de Monaco, fut publiée une brochure intitulée « l'humanisation de la guerre » qui résumait les discussions et les études sous la forme d'un code d'honneur des lois de la guerre.

Voilà où en étaient les développements de l'idée humanitaire à la veille du conflit mondial. Ce dernier arrêta momentanément toutes ses activités... mais il devait apporter des données nouvelles et faire dépasser largement le problème.

Effectivement, bien des séquelles du grand trouble de 1940-45 devaient ébranler tout le fondement des règles essentielles de la profession médicale et, devant certaines réalités, dévoiler ou exacerber d'autres angoissantes questions :

— l'effet de scandale et d'horreur produit dans l'opinion publique par la publication des procès retentissants de certains médecins allemands et japonais, devait inévitablement poser dans toute son ampleur le problème de l'indépendance du médecin et appeler la solution d'un véritable statut, définissant ses droits vis-à-vis du pouvoir politique au lieu de se borner à l'édiction catéchistique en forme de code de ses devoirs.

— par ses connaissances du phénomène de vie et de mort, le médecin pouvait se trouver demain engagé dans la guerre A.B.C. (Atomique - Bactériologique - Chimique)... Quelles seraient les limites de son rôle ? Que devrait-il faire ou ne pas faire ?

Ces cas de conscience ont, en 1951, amené les médecins militaires a exprimer leurs inquiétudes dans un vœu : « ...nous venons chercher ici, ont-ils dit à Vichy aux débats de l'Office International de Documentation de médecine militaire, nous venons chercher des enseignements techniques pour la pratique de notre profession, mais nous tenons également à faire préciser les principes qui doivent nous guider... »

Parallèlement à l'étude des armes médicales de guerre, il s'est trouvé signalé, dans l'exercice de la médecine du temps de paix, certaines doctrines dangereuses dont plusieurs ont été mises à l'ordre du jour par des procès ou discussions récents : je veux parler notamment de l'euthanasie, de la pratique de l'insémination artificielle, et la narco analyse.

Sans vouloir entrer dans le détail des arguments présentés par les partisans et les adversaires de l'euthanasie, la position de cette doctrine se trouve toujours divisée : d'un côté, les adeptes d'une philosophie

ODETTE ZÉAU

Neuroplégique

LARGACTIL

CHLORHYDRATE de CHLORO-3 (DIMÉTHYLAMINO-3' PROPYL)-10 PHÉNOTHIAZINE

(chlorpromazine)

4560 R.P.

FACTEUR DE CALME ET D'APAISEMENT

PAR STABILISATION DU SYSTÈME NEURO-VÉGÉTATIF CENTRAL ET PÉRIPHÉRIQUE

POTENTIALISATEUR DES ANESTHÉSIQUES GÉNÉRAUX HYPNOTIQUES, ANALGÉSIQUES

Antiémétique·Hypnotique·Sédatif

AMPOULES DE 2cm³ A 50mg
AMPOULES DE 5cm³ A 25mg
COMPRIMÉS A 25mg

Nouvelle présentation

SUPPOSITOIRES

100mg DE BASE *(boîtes de 5)*

25mg DE BASE *(boîtes de 5)*

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES
RHÔNE Specia POULENC
PARIS
INFORMATION MÉDICALE
28, COURS ALBERT 1er · TÉL. BAL. 10-70
Boîte postale 53-08 · Paris 8e

Remboursé par la Sécurité Sociale

DOCUMENTATION ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

matérialiste qui luttent pour la faire admettre par le législateur, de l'autre la philosophie d'inspiration spirituelle qui la condamne comme contraire à la morale naturelle et religieuse.

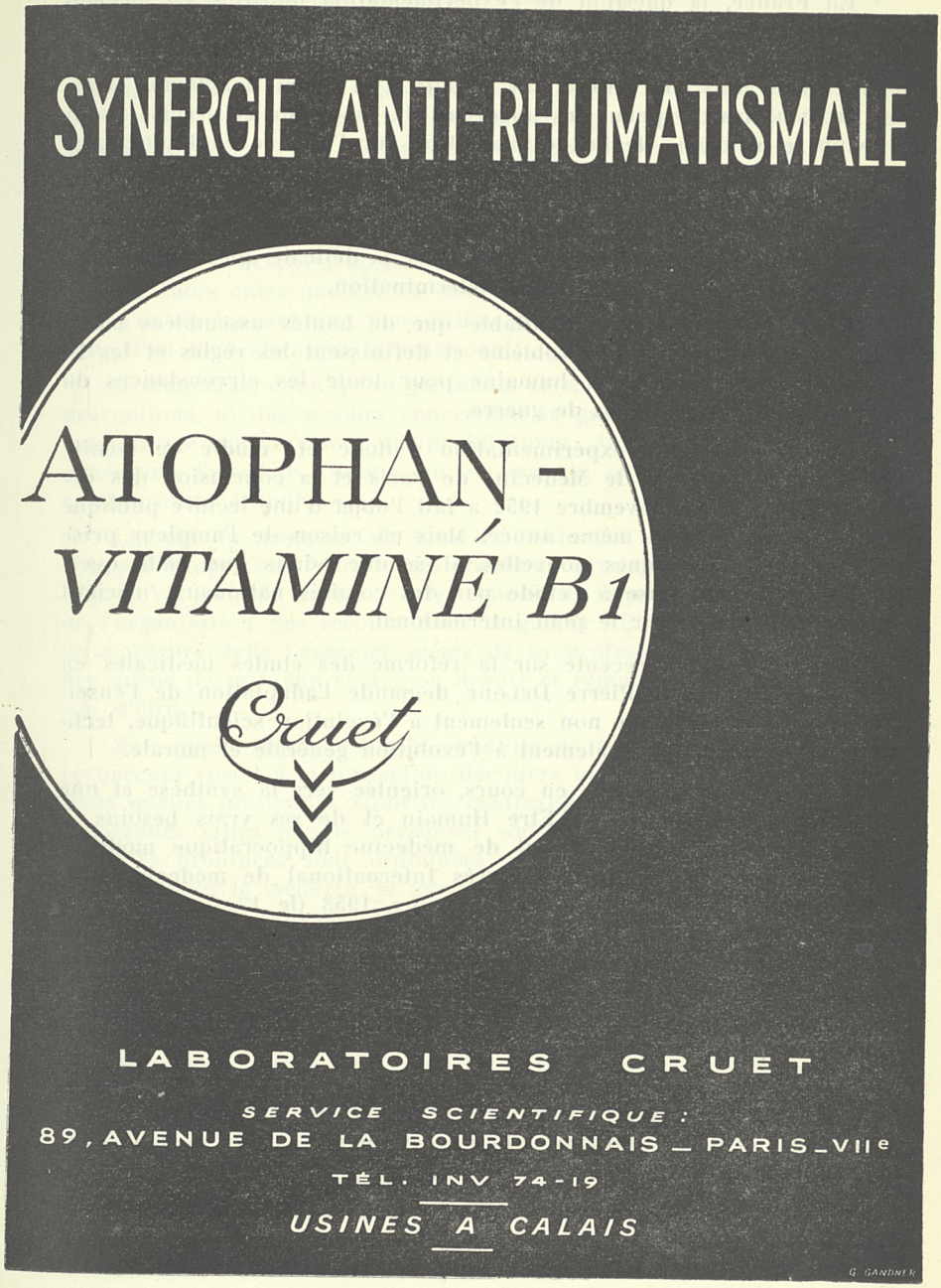
D'aucuns affirment que la pratique de l'insémination artificielle pose des problèmes moraux qui mettent en cause les assises du mariage, de la famille, de la société.

Si l'usage de la narco analyse comme méthode de traitement ne pose aucun problème particulier, l'emploi de la narco analyse et du narco diagnostic comme moyen d'expertise judiciaire a donné naissance à de passionnantes et... passionnées controverses : les opinions juridiques ont été différentes.. les opinions médicales furent les unes en faveur, certaines nettement contre, d'autres enfin réservés et l'on sait que le véto prononcé par l'Académie de médecine de Paris n'a pas été le résultat d'un vote unanime alors que le Conseil de l'Ordre des Avocats français s'est manifesté dans le sens d'une interdiction absolue de ces méthodes comme contraires aux droits et aux garanties élémentaires de la défense. Débordant le cadre national, il est apparu bientôt que tous ces problèmes revêtaient un caractère universel qui demandait une solution universelle.

Par ailleurs, dans le droit positif international existant, on trouve déjà des motifs suffisants pour justifier l'élaboration d'un code de droit médical international et il convient ici de rappeler certaines conventions internationales passées ou récentes : Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, Convention sur la prévention et la répression du Génocide, les Conventions humanitaires de Genève ainsi que certains codes de déontologie nationaux et certains actes de jurisprudence internationale ou nationale intéressant ou mettant en cause l'exercice de la profession médicale.

Si du domaine du droit positif, on passe à l'examen des faits les plus récents dans l'exercice de la médecine et de leurs réactions dans l'opinion mondiale ou nationale, une même conclusion d'opportunité semble évidente et il est donc apparu qu'une nouvelle tâche incombait aux médecins et aux juristes : celle d'élaborer une charte internationale protégeant le médecin contre lui-même, contre le pouvoir politique, définissant ses droits et ses devoirs en temps de paix comme en temps de guerre, aux armées, dans les camps de prisonniers et en pays occupés.

Sans vouloir trop s'étendre sur les multiples problèmes des droits et des devoirs du médecin en temps de paix, il convient toutefois de noter que, depuis déjà longtemps, la médecine expérimentale s'est développée au détriment de la médecine clinique au point d'introduire inconsciemment dans l'esprit du médecin traitant la mentalité du biologiste en expérimentation et il faut bien admettre que « le climat du laboratoire l'emporte bien souvent sur le sentiment de sympathie humaine qui, au chevet du malade, dominait jadis toute curiosité investigatrice ».



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

En France, la question de l'expérimentation humaine en médecine s'est révélée un problème moral et scientifique d'actualité et nous trouvons dans les Cahiers de LAENNEC (édition 1952) toute une série d'articles du plus haut intérêt sur ce sujet : si depuis longtemps Charles NICOLLE avait exprimé les angoisses du biologiste et précisé avant OUDARD le problème de l'expérimentation sur l'homme en biologie; si dernièrement LERICHE a tenu à analyser le danger expérimental, il est apparu, plus récemment, que les progrès dans les méthodes nouvelles d'exploration ou de thérapeutique médicale et chirurgicale amenaient tout médecin et tout chirurgien à se poser la délicate question de l'opportunité et de l'innocuité de sa détermination.

Il est même apparu souhaitable que de hautes assemblées médicales soient saisies de ce problème et définissent les règles et les limites de l'expérimentation humaine pour toute les circonstances du temps de paix et du temps de guerre.

Ce problème de l'expérimentation a donc été étudié en comité secret par l'Académie de Médecine de Paris et la conclusion des débats, adoptée, le 18 novembre 1952 a fait l'objet d'une lecture publique le 25 novembre de la même année. Mais en raison de l'ampleur prise par certaines techniques nouvelles, il semble admis que cette question, spécialement mise à l'étude par des comités nationaux, méritait également de l'être sur le plan international.

Dans une étude récente sur la réforme des études médicales en France, le Prefesseur Pierre DELORE demande l'adaptation de l'enseignement de la médecine non seulement à l'évolution scienfifique, technique et sociale, mais également à l'évolution générale et morale.

La révolution médicale en cours, orientée vers la synthèse et une meilleure connaissance de l'Etre Humain et de ses vrais besoins, a donné naissance au mouvement de médecine hippocratique moderne ou Néo-Hippocratique; le 2e Congrès International de médecine néo-hoppocratique tenu à Evian en septembre 1953 (le 1er Congrès avait eu lieu à Paris en 1937) a demandé la rédaction d'un manifeste destiné à définir ce mouvement, à lui faire trouver l'appellation dénitive optima, à empêcher les déviations et à rallier les médecins de tous pays épris de culture générale et d'intégration des facteurs humains dans la médecine technique.

Ainsi d'une façon générale, la médecine du temps de paix manifeste le désir de dégager ce qui reste valable des enseignements hippocratiques et de le concilier dans une synthèse vaste et féconde avec les acquisitions de la science moderne.

Il ne s'agit pas d'instaurer un système philosophique nouveau, mais d'une recherche objective de l'Humain dans son unité, dans son individualité, dans ses lois, ses besoins, ses réactions.

De son côté, la médecine du temps de guerre pose de singuliers problèmes et l'étude d'armes plus ou moins secrètes, physiques, chi-

miques, bactériologiques, sollicitant l'aide de la science médicale, tendent à faire de cette médecine une arme offensive.

En principe, les méthodes de guerre ABC ont été formellement condamnées, et ce par certains grands chefs militaires eux-mêmes; par crainte de ripostes impitoyables plus que par sentimentalité, les armes chimiques n'ont pas été utilisées lors du dernier conflit; EISENHOWER affirmait dernièrement à Ottawa que la course aux armements et le suicide collectif que serait la guerre future ne pouvaient être tolérés plus longtemps par le genre humain et le 8 décembre dernier, à la Tribune de l'O.N.U., après avoir déclaré que le monde avait désormais le choix entre une ère de destruction et l'âge de l'or, il offrait cet âge d'or en lançant une proposition que l'on a qualifiée historique : celle d'un Pool atomique international.

Il semblerait donc qu'on ait plus à se soucier ni des lésions, ni des préventions, ni des secours concernant la guerre future.... mais on ne connaît que trop la valeur des prohibitions... le Concile de Latran avait condamné l'arbalète comme un moyen de guerre inhumaine et en avait proscrit l'emploi.....

Le rôle du médecin, de tous les médecins est donc de continuer à se préoccuper vivement de ces questions dans tous leurs aspects techniques. Vis-à-vis du traitement des lésions, de la prévention des attaques, de l'organisation des secours dans la guerre ABC, le médecin se trouve d'ailleurs dans l'exercice même de sa profession, reste dans le cadre même de sa tâche et de son devoir et répond donc à toute sa raison d'être.

Mais quelle devrait être la conduite du médecin qui, au cours de recherches visant à la protection découvre un nouvel agent agressif ?... Dans quelles limites les autorités médicales sont-elles responsables des recherches faites par le personnel sous leurs ordres ?.... Si des recherches prohibées sont ordonnées par des autorités non médicales, quel est, pour le médecin, le moyen légal de s'y soustraire ?.... A quelle autorité enfin pourrait s'adresser le médecin requis de produire un acte contraire à sa conscience ?....

Toutes ces questions ont été posées.... elles ont été étudiées et ont provoquées évidemment des opinions nuancées. Le Professeur RICHET dans une étude sur les limites du rôle médical dans la guerre biologique et bactériologique, fait ressortir toute l'importance des contradictions qui sont apparues entre l'éthique médicale universelle et les lois nationales.

En 1950 fut publié, en Hollande un roman intitulé « Le Professor KASPER » dans lequel l'auteur, nommé DÉFRESNE, a situé de façon dramatique le conflit de conscience de son personnage qui, découvrant une toxine d'un potentiel de destruction très élevé, communique finalement le renseignement à son gouvernement, mais également et simultanément au monde entier sous forme de communication scientifique.



MAXITON

PHÉNYL-1-AMINO-2-PROPANE-DEXTROGYRE

États dépressifs - asthénie physique ou psychique, contrôle de l'appétit, dystonies neuro-végétatives, narcolepsies - parkinson, énurésie - alcoolisme.

comprimés
2 à 6 comprimés par jour

injectable
1 à 2 injections par jour

fort
COMAS BARBITURIQUES

DELAGRANGE LABORATOIRES DELAGRANGE, 39, Bd DE LATOUR-MAUBOURG, PARIS 7e

Ayant dressé le conflit dans son ouvrage l'auteur l'a résolu évidemment pour sa propre conscience et, estimant que la science Ne Peut et Ne Doit pas être la propriété d'un individu ou d'une nation parce qu'elle est toujours plus ou moins basée sur l'œuvre de devanciers, il admet que les résultats de la science humaine devraient donc être le patrimoine des hommes.

«Mais imaginons un pays écrasé, acculé, à la veille du désastre.. hésiterait-il si on lui présentait une arme puissante, capable de renverser miraculeusement pour lui la situation, de transformer sa défaite en victoire ?... hésiterait-il un seul instant à y avoir recours ,... hésiterait-il même, en dehors de ces considérations, à en faire usage dès la déclaration de la guerre et dès la première aube pour s'assurer une victoire éclair et épargner le sang de ses propres enfants ?.... »

On a voulu s'imaginer PASTEUR en 1870, au lendemain de SEDAN, le cœur ulcéré de la défaite, PASTEUR dont on sait par un testament célèbre le mépris et la haine qu'il vouait aux ennemis de son pays; on a imaginé PASTEUR découvrant en cette heure là un virus capable de les vaincre et de les anéantir... Qu'aurait-il fait ?...

Relisant il y a quelque temps la conférence faite ici en avril 1950, par le Medecin-Commandant COSSET à propos de l'arme microbienne, je ne puis que reprendre servilement quelques vérités premières que le conférencier nous avait énoncé sur un ton volontairement narquois et fataliste; il précisait que la décision d'emploi de telle ou telle arme terrifiante serait Une Obligation pour tout chef d'organisme responsable de la conduite des opérations; qu'il serait obligé de s'y résigner, faute d'être à la fois insensé et coupable...

« Coupable parce que la guerre n'est pas une partie d'échecs, mais un combat où se joue le destin de peuples entiers et où chacun prend sa part de souffrance commune et que tous paient quand il faut payer...

Insensé parce que la guerre est la lutte de toutes forces et qu'il serait contraire au plus élémentaire bon sens de renoncer à la plus importante d'entre elles au moment où elle peut faire pencher la balance....

Il ajoutait que celui qui oublierait ces impératifs mériterait de perdre la guerre et la perdrait sans doute.... »

Il est évident que le monde actuel n'en est plus à la conception de la noblesse des armes et de moyens licites et égaux dans le combat; et si les chercheurs actuels sont encore imprégnés d'humanité, ils n'en sont plus aux premières applications de la physique, de la chimie et de la bactériologie, toutes conçues pour un meilleur sort des hommes et ils ne peuvent plus poursuivre leurs recherches vers une science absolument sereine...

Faisant état du rôle obligatoire joué par certains médecins et pharmaciens et considérant que, d'après les Conventions, ces médecins et pharmaciens bénéficient de l'immunité du signe Croix Rouge,



Laboratoires J. LAROZE _ 54, rue de Paris _ Charenton (Seine)



il fut suggéré qu'il y aurait lieu de diviser le personnel médical en deux groupes : le premier, exclusivement chargé des soins aux blessés et malades garderait toutes les prérogatives conférées par les conventions humanitaires, et le second, dont le rôle d'organisateur, de chercheur et de réalisateur de techniques nouvelles, l'assimilerait nettement aux combattants des diverses armes.

Cette conception, qui s'éloigne dangereusement des principes hippocratiques, a fait des progrès puisque, dans le cadre même de l'organisation interne de certaines armées, on envisage aujourd'hui cette dualité.

D'autres ont suggéré au contraire l'internationalisation des services de santé militaire en temps de guerre et il est probable que l'armée européenne entraînerait ou permettrait cette expérience sur une échelle réduite.

Devant l'extrême diversité des emblèmes adoptés par les diverses armées et pour unifier les insignes médicaux, il fut même proposé un emblème international, véritable blason symbolisant l'unité dans l'éthique médicale et marquant la solidarité des corps de santé dans l'exercice de la profession en temps de guerre.

Sur l'initiative de la France, on a vu prendre naissance, en 1952, une Politique Européenne de la Santé qui cherchait à s'inscrire dans la Politique Générale d'Union Européenne; si la mission de cette Communauté Européenne de la Santé envisageait surtout la mise en commun des ressources destinées à soulager malades et infirmes, le Pool Blanc comme on l'a appelé, visait d'une manière générale à contribuer au bien être moral et physique des populations et par cette croisade, exercer son activité dans le triple domaine culturel, économique et social.

Si on admet que la tâche de la science médicale est de maintenir la vie, de la soigner et non pas de la détruire, le projet de planification progressive de la carrière médico militaire tel qu'il a été présenté, par le Médecin-Général DUTREY, rapporteur pour la France au XIIIe Congrès International de médecine et de pharmacie militaire, n'est pas incompatible avec la définition de la médecine donnée en 1925 par HYACINTHE VINCENT, Professeur au Val de Grâce : «....Symbole de civilisation, la médecine disait VINCENT, doit apparaître comme une généreuse espérance et une bienfaisante promesse.... ».

Il n'en reste pas moins que le médecin, placé devant la guerre et des problèmes nouveaux pour sa conscience, ne peut les résoudre seul... Qui lui dira son devoir ?.... Que lui assurera le droit de faire ce devoir ?....

Il n'y a pas de justice possible sans jurisprudence formelle; il n'y a pas de jurisprudence sans loi écrite et sans juridiction stable, préétablie, au-dessus de toute influence et agissant en toute impartialité.

Des juristes éminents ont admis qu'il n'y a « qu'une source réelle et profonde du Droit : c'est le Droit rationnel et objectif, extérieur à la volonté arbitraire de l'Etat.

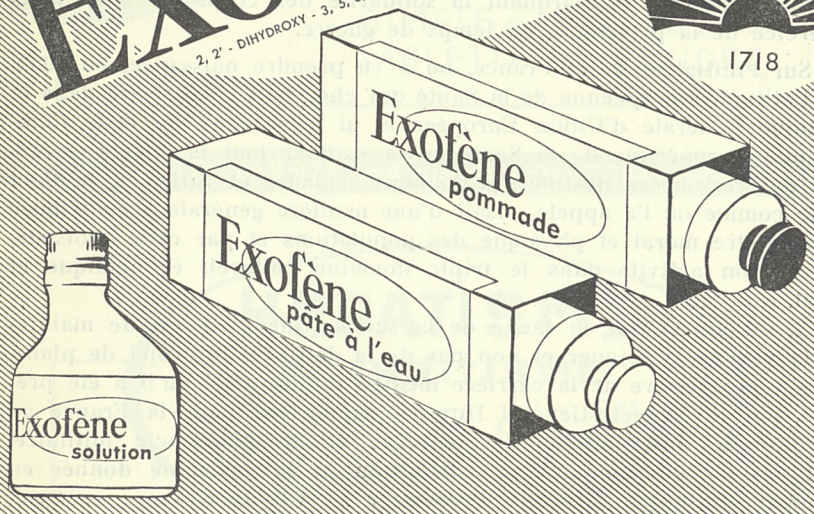
ANTIBIOTIQUE DERMATOLOGIQUE DE SYNTHÈSE

Exofène

2, 2' - DIHYDROXY - 3, 5, 6, 3', 5', 6' - HEXACHLORODIPHÉNYLMÉTHANE

MIDY

1718



NOUVEAU

Efficacité des antibiotiques fongiques sans risques d'eczématisation ni de sensibilisation

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

DRAEGER

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

Ce droit est formellement reconnu par la Loi ou la Coutume, œuvre des hommes qui ne fait que constater la règle non écrite. Pour permettre cette découverte, la doctrine comme aussi la jurisprudence surtout internationale, ont un rôle considérable à jouer en formant la conscience juridique d'une élite d'abord, puis de l'ensemble du peuple ».

Ceux qui ont songé à assurer un statut mondial à toutes les activités médicales, spécialement pour le temps de guerre, ont maintenant la lourde charge d'une Codification de ce droit international médical.

A vrai dire, la tâche des rédacteurs de ce droit nouveau se trouve facilitée par certaines données déjà élaborées et ceci amène à la deuxième partie de l'exposé, c'est-à-dire AUX SOURCES ACTUELLES DE CE DROIT MEDICAL INTERNATIONAL.

Parmi les conventions internationales, passées et présentes, susceptibles de fournir des indications favorables et des principes de base pour l'élaboration d'un statut international de la médecine, les Accords de Genève viennent naturellement au premier rang : qu'il s'agisse des traités ou capitulations à base humanitaire antérieures à 1864... des premières conventions de Genève dépositaires de la pensée d'Henri DUNANT... des Conventions de Genève d'août 1949... toutes manifestent d'une façon continue et certaine les principes humanitaires essentiels.

Les Conventions de Genève prévoient pour les Etats signataires l'obligation de compléter les dispositions de la convention par des réglements internes destinés à en assurer le respect et constituent dans leurs stipulations essentielles une « charpente » d'un code de droit médical international.

Elles présentent, cependant, de graves lacunes dans l'ordre humanitaire :

lacunes en ce qui concerne le statut du personnel retenu et le principe de non captivité du personnel sanitaire;

lacunes en ce qui concerne de la répression des crimes contre l'humanité et des sanctions à appliquer.

Jusqu'en 1949, les Conventions humanitaires n'avaient traité que de la protection du personnel sanitaire attaché aux armées, mais on doit noter que les nouvelles stipulations de Genève (Convention IV) envisagent celle du personnel médical civil et cette convention pour la protection des porsonnes civiles, constitue une première ébauche d'un statut international du médecin civil.

Si les Conventions de Genève, récentes ou passées, constituent les sources positives d'un Droit médical international, d'autres accords comme la Convention pour la Prévention et la Répression du Génocide, comme la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme en constituent les sources négatives du fait que, dans la perspective du sta-

COLLOGÈNE D'ARGENT

FURONCULOSE
Abcès du sein
Urétrites banales
COLIBACILLOSE

ADULTES : 8 à 12 comprimés par jour pendant 4 semaines

ENFANTS { à partir de 7 ans : 3 à 6 comprimés par jour
jusqu'à 7 ans : 1 comprimé par jour

—o—

AUCUNE TOXICITE

Laboratoires JEANSON — 4, rue du Marché Saint-Honoré
PARIS (1er) — Tél. : OPÉra 07-80

tut international de la médecine, ces textes valent davantage par leur But que par leur Règles à portée incertaine.

La Convention pour la prévention et la répression du Génocide, comprend sous le terme de Génocide : l'atteinte grave à l'intégrité physique ou mentale, la soumission inconditionnelle d'une collectivité à des conditions d'existence devant entraîner sa destruction physique totale ou partielle, les mesures visant à entraver les naissances et enfin le transfert forcé d'un groupe à un autre groupe. Mais cette convention, après avoir affirmé que le Génocide est un crime du Droit des Gens, ne prend aucune décision quant à sa sanction.

La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme interdit l'esclavage, la torture, les peines cruelles et inhumaines ou dégradantes, l'arrestation arbitraire, l'immixion abusive dans la vie privée... pour la première fois, on reconnaît certains droits, non plus seulement à une nation ou à un groupe racial, mais à l'Individu; ces droits lui étant reconnus pour la seule raison qu'il est un Etre Humain.

Mais ces textes ne constituent qu'une déclaration de principe ne comportant aucune obligation juridique; la Déclaration des Droits de l'Homme est un instrument que l'on a pas voulu rendre juridiquement obligatoire et qui ne contient donc aucune disposition pour son application.

On parle bien actuellement de la rédaction d'un Pacte des Droits de l'Homme, qui aurait pour but de faciliter l'application de la Déclaration des Droits de l'Homme, mais ce pacte ignore le principe d'une mise en œuvre internationale.

De son côté, la Communauté Européenne de la Santé, le « Pool Blanc », devait avoir pour base un traité comportant notamment des dispositions impératives, précises, rapidement applicables et concernant les obligations et interdictions que devraient respecter les membres de la communauté, avec charge à cette communauté de les interpréter, d'éviter leur violation et de sanctionner les infractions.

Dès les premiers siècles de l'humanité, des règles coutumières présidèrent à l'exercice de la profession médiale et, à partir du Serment d'Hippocrate, la parution des divers Codes de déontologie marque le passage du Droit coutumier au Droit écrit. Mais si, dans un premier stade à l'échelon national, les médecins ont formulé les règles de la morale médicale dans les codes de déontologie, bientôt, il a semblé nécessaire d'aller plus loin et de proposer, sur le plan mondial à tous les praticiens, un serment international et un code d'éthique médicale mondiale.

L'Association médicale mondiale crée en 1947 sur l'initiative des secrétaires français et anglais de la Confédération des Syndicats Médicaux et de la British Médical Association a tenté de réaliser ce code, mais s'est simplement contentée de coordonner dans un texte bref et précis les règles générales dont l'observation est souhaitable dans tous

PULMOVACCIN

Toutes les affections microbiennes du Poumon

Complexe d'Essences Balsamiques pures

TUBEROL

Voies respiratoires, Coqueluche, Broncho-Pneumonie

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

CANTÉÏNE

PASSIFLORE

(Sédative) 0,50

ELIXIR — DRAGEES — SUPPOSITOIRES

HAMAMELIS VIRGINICA

(Décongestive et régulatrice du système vasculaire)

XXX gouttes

CRATŒGUS OXYACANTHA

(Toni-Cardiaque)

XXV gouttes

SALIX ALBA

(Fébrifuge)

0,25

MENTHE

(Stimulant)

X gouttes

Triade : Sédative, Régulatrice, Décongestive, Hyperactivée

Indication : Eréthisme cardiaque
Neurasthénie, Névroses, Menopause, Insomnie Cardiotonique Hypotensive

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

BALSEPTOL

Plaies, Brûlures
Affections gynécologiques

DISURYL

Pyélonéphrites
Cystites, Bacilluries

Pour ADULTES et FILLETTES

VACCINOVULES

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

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

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

les pays du monde; ce code d'éthique médicale comporte donc lui aussi bien des lacunes.

La VIIe Assemblée Générale de l'Association Médicale Mondiale tenue à La Haye en septembre 1953 a eu conscience de ces lacunes puisque'elle a chargé son comité, présidé par le Dr CIBRIE, de rédiger un paragraphe additionnel concernant les devoirs sociaux des médecins; en ce qui concerne le rôle des médecins en temps de guerre, l'Association Médicale Mondiale estime qu'il comporte le respect du même code d'éthique qu'en temps de paix mais que ces applications nécessitent quelques développements.

Enfin, la jurisprudence qui s'est dégagée des procès des grands criminels de guerre a montré, nous l'avons vu, la pressante nécessité d'élaborer un code de droit international médical, et à côté des Conventions Internationales et de la coutume, elle constituera donc, sans doute, un de ses principaux fondements.

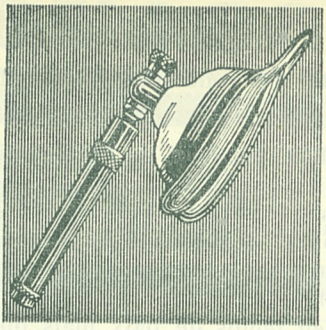
Le procès des médecins allemands à Nuremberg a montré l'urgence de revenir aux conceptions d'une médecine d'inspiration spirituelle et de rappeler les principes moraux et fondamentaux hippocratiques qu'une philosophie matérialiste, exprimée tant dans les déclarations des accusés, des avocats, des témoins que des juges eux-mêmes, prétendait détruire.

Le procès de Nuremberg a été entièrement dominé par un délicat problème d'éthique qui amenèrent les juges américains pour asseoir leur jugement, à rédiger un code en 10 articles sur l'expérimentation humaine.

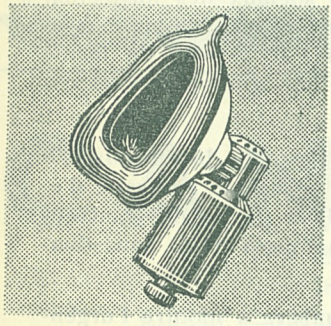
Le procès de Khabarovsk, en dévoilant les faits criminels auxquels s'étaient livrés des médecins japonais préparateurs de la guerre bactériologique, en expliquant la préparation et l'influence que ces médecins avaient subies d'une part, en montrant d'autre part les insuffisances et les défaillances d'une justice nationale pour juger de problèmes internationaux et humanitaires, apporte un témoignage de plus de l'urgence de l'élaboration d'un statut international de la médecine.

Il est à remarquer en effet qu'au procès de Nuremberg, les Américains basant leur décision sur les lois édictées en pays occupés par le Conseil de Contrôle Allié, lois qui dérivent le plus souvent des lois civiles américaines, se sont montrés plus sévères pour l'*Individu* qui a commis un crime que pour celui qui a pu l'ordonner ou pousser à le commettre, alors qu'au procès des médecins japonais, les juges russes ont infligé des peines plus sévères aux dirigeants qu'aux simples exécutants.

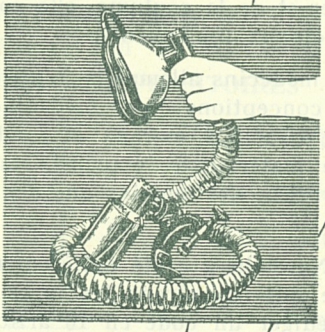
En dépit du bien-fondé de ces procès, on s'est aperçu par ailleurs que des vices graves avaient affecté les deux sentences : car les Vainqueurs et *eux seuls* étaient constitués en tribunal en les Vaincus et *eux seuls* se trouvaient frappés



trilène n° 1



trilène n° 2



trilène n° 2
avec montage spécial de fixation

Toute la gamme des appareils inhalateurs pour auto-analgésie

TRI.F

TRICHLORÉTHYLÈNE

ICI

LABORATOIRES AVLON S. A.
21, avenue Victor Hugo - Paris 16e - Tél. : Klé. 12-70

PUBLICIS

CONCESSIONNAIRES DE IMPERIAL CHEMICAL (PHARMACEUTICALS) LTD. FILIALE DE IMPERIAL CHEMICAL INDUSTRIES LTD.

TUNISIE : Ets NOTE - 61, Avenue Garros - TUNIS - Téléphone : 97.090

On n'appelle pas les parties pour juger de leurs contestations entre elles et il n'appartenait donc pas au vainqueur de juger le vaincu... et demain, il ne pourra y avoir de véritable loi internationale tant que les crimes seront dénoncés et poursuivis d'une façon unilatérale et improvisée...

De tout temps, les sanctions internationales ont été considérées comme le concept juridique le plus utopique; on a souligné le fait à diverses reprises en montrant toute la précarité de telles mesures tant qu'il n'existerait pas une puissance supra-nationale capable d'imposer sa décision.

Il convient de remarquer que le VIe Congrès International de Droit Pénal, réuni à Rome en octobre dernier, a mis à l'ordre du jour de ses discussions le problème le plus difficile à résoudre, celui qui devrait en somme constituer le dernier chapitre du futur code, mais qui revêt dans l'immédiat le caractère le plus réaliste et le plus pratique : le problème des sanctions pénales à appliquer aux violations des Conventions Internationales. Reconnaissant les difficultés actuelles de création d'une juridiction internationale, ce congrès a estimé que le but immédiat à atteindre serait de rédiger un projet de loi-type qui servirait de point de départ pour que chaque pays le rende exécutoire, en l'adaptant à ses nécessités constitutionnelles propres.

Si la conception d'un droit médical international correspond à la définition du droit naturel considéré comme un ensemble de règles basées sur le bon sens et l'équité, encore faut-il faire coïncider ce droit naturel avec un droit positif...

La qualité d'un code est formée de deux composantes : une valeur morale d'abord, mais surtout une valeur pratique permettant la détermination de la faute et partant, l'application de sanctions non arbitraires... Mais une sentence ne peut avoir d'effet pratique que dans la mesure où elle est appliquée par une force capable de la faire exécuter... Il faut donc admettre... ou une bonne foi générale, universelle, absolue... ou une force matérielle suffisamment puissante pour imposer une sentence, même dans le camp des vainqueurs...

La portée d'un code de droit international médical ne peut donc avoir de valeur pratique que dans la mesure où les jugements se trouveront accompagnés d'une formule exécutoire... A qui s'adressera cette formule ?... Quelle force sera mise en mouvement ?...

Dans le domaine médical, on a pensé qu'un Conseil Médical Mondial, émanation des organismes nationaux de la médecine, pourrait constituer la juridiction supra-nationale chargée de statuer sur les infractions commises par les vaincus comme par les vainqueurs aux statuts du Code International de la Médecine, code préalablement adopté d'un commun accord par les gouvernements des différents pays.

Sans vouloir tomber dans l'erreur d'un dirigisme qui prétend tout résoudre par une réglementation contrôlée, sans toujours garan-

tir la qualité des pilotes, il ne suffit pas cependant que le médecin prenne conscience de ses devoirs pour que l'exercice de sa mission soit assuré; les préceptes de déontologie médicale respectés à l'intérieur de la profession, doivent être protégés contre toute atteinte extérieure... et cette protection ne peut naître et se développer qu'à partir du moment où l'impératif de conscience du médecin prend la forme juridique d'un droit reconnu.

« Les institutions durables sont le produit d'une lente évolution » a-t-on dit.... l'élaboration d'un pareil code ne peut donc s'effectuer qu'en plusieurs stades :

Il y aura d'abord un travail préliminaire de préparation et d'éducation des esprits, travail qui est en cours actuellement;

Puis s'ouvrira un deuxième stade d'études et de coordination des données éparses contenues dans les textes internes et internationaux ayant trait à l'exercice de la profession médicale, phase qui mènera enfin, dans un troisième stade, à l'élaboration proprement dite du Code.

L'œuvre est actuellement entreprise par la Commission médico juridique de Monaco dont la création, nous l'avons vu, remonte déjà à 1934. Après avoir dès cette époque et dans un premier projet, esquissé un plan d'organisation médico juridique prévoyant des enquêtes, des sanctions et un organisme super étatique chargé de l'instruction des crimes contre l'humanité et des violations des conventions humanitaires, la commission médico juridique de Monaco complète aujourd'hui son premier projet par l'étude de la codification d'un droit international médical.

Ce groupement, au sein duquel on peut relever les noms d'éminents diplomates, médecins et juristes de plusieurs nations, a cependant souhaité qu'un organisme sanitaire international qualifié comme l'Organisation Mondiale de la Santé fut appelé de son côté, à préciser sans équivoque et d'une manière générale les droits et les devoirs du personnel sanitaire en temps de guerre comme en temps de paix.

Faisant suite à la suggestion du Gouvernement Belge, la VIe et dernière Assemblée Mondiale de la Santé a adopté une résolution pour l'entreprise d'une étude préparatoire des problèmes relatifs au droit international et à la législation sanitaire comparée.

Quel sera le résultat de cette ou plutôt de ces entreprises ?... Quelle sera surtout, en temps de guerre, la vertu des principes établis et admis dans la généreuse euphorie du temps de paix ?....

Les pessimistes.... ou simplement ceux qui laisseront parler la voix de la raison, diront que la médecine est devenue « une divinité à double face, la Janus Bifrons de la paix et de la guerre »... que dès maintenant, qu'on le veuille ou non, la médecine est entraînée et sera de plus en plus entraînée dans le tourbillon général qui a mis la science, toutes les sciences, au service de l'agression ou de la défense nationale... que si l'on veut pousser jusqu'à l'extrême le concept de la guerre totale, l'or-

Une nouveauté en thérapeutique vasculaire !

AXOVEINYL "P"

COMPLEXE PHYTOTHÉRAPIQUE SURACTIVÉ PAR

MARRON D'INDE STABILISÉ (EXTRAIT FLUIDE) TITRANT 0,50 % D'ESCULOSIDE (FACTEUR VITAMINIQUE P) et ION CITRIQUE

★

CORRESPOND A UNE FORMULE JUDICIEUSEMENT ÉTABLIE POUR RÉPONDRE A LA LOI SUR LES POLYVALENCES DES PRINCIPES ACTIFS (A. LUMIÈRE) ET SUR LES PRINCIPES D'AUXOTHÉRAPIE (M. LOEPER)

★

INDIQUÉ DANS TOUTES LES MALADIES DE LA VEINE ET DU CAPILLAIRE

ET CHAQUE FOIS QU'IL FAUT

RÉGULARISER
la circulation veineuse

TONIFIER
le système vasculaire

DIMINUER
la viscosité sanguine

★

FLACON COMPTE-GOUTTES AVEC PIPETTE DE 30 cc.
TRAITEMENT CURATIF : XX à XL GOUTTES 3 FOIS PAR JOUR

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE

Remboursé par la Sécurité Sociale
VISA 1-552-3-669

LABORATOIRES SEXTA
SOCIÉTÉ D'EXPANSION THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

20, RUE BRAUHAUBAN
TARBES (Htes-Pyrénées)

AXOVEINYL • ERITOXYL • FIREXOL • SEDOPIAN
GOUTTES ELIXIR PILULES SIROP v.s. 453

Représentants-dépositaires :

TUNISIE : M. Lucien SAADA, Pharmacien - 42, Av. Garros — TUNIS
ALGERIE : Ets Pharmaceutiques DIAZ - 2, Av. du 9e Zouaves — ALGER
MAROC : Ets Pharmaceutiques DIAZ - 104, Bd de Bordeaux - CASABLANCA

ganisation d'un droit international médical est une absurdité car, si la destruction complète de l'adversaire et de ses forces est le but avoué, tous ceux qui représentent les forces vives résiduelles d'une nation doivent disparaître : population civile, malades, blessés....

On peut certes espérer que l'ampleur d'une œuvre totale de destruction nécessiterait des moyens si monstrueux et surtout si incontrôlables que le seul instinct de conservation de l'utilisateur se refuserait peut-être à les admettre ?....

Bien que toute tentative d'humanisation paraisse marquée en notre siècle d'un absolutisme de vocation politico-chimétrique les espérances très généreuses et très modernes d'une codification de droit médical international doivent cependant intéresser au premier chef le Corps Médical tout entier.

Malheureusement, il semble bien que ce dernier ne porte pas une attention suffisante aux nouveautés que le touche pourtant de si près :... certes, les uns applaudissent et se félicitent d'une organisation qui devrait, selon eux, porter des fruits dans tous les domaines... d'autres au contraire sourient, tant ils sont sceptiques... mais la majorité ne s'intéresse à la question que de fort loin et ne s'en émeut guère....

A cette attitude assez passive de l'ensemble du corps médical, on peut voir deux causes primordiales : la première est le scepticisme bien connu et pour ainsi dire professionnel des médecins... la deuxième est qu'ils ne sont peut-être pas suffisamment informés des détails....

« Habitués à raisonner sur des faits, les médecins ne s'intéressent guère aux théories que lorsqu'elles se traduisent pratiquement et solidement dans le concret.... Sans vouloir cependant s'isoler dans une philosophie dont les opinions ne pourraient avoir d'applications dans la vie médicale pratique, le corps médical a certes une notion claire des principes déontologiques auxquels il a souscrit librement, mais il ne peut que tenir à protéger ces principes contre toute atteinte extérieure en donnant au droit médical, le caractère permanent et stable d'un statut ».

Tout édifice déontologique mondial ne peut que reposer sur la formation, la qualité et le respect de la conscience du médecin... cela implique un climat autre que celui où les bases les moins fragiles de la morale individuelle sont dévalorisées comme anachroniques et « la notion du bien ou du mal réduite à des questions d'équilibre hypophysothalamique ou de connexion cortico-protubérantielle ».

En reprenant les termes d'une déclaration faite à la Commission médico judiciaire de Monaco en février 1950, il faut donc espérer... » qu'en exploitant au meilleur sens du terme, la vocation éminemment charitable des milieux médicaux, l'effort des médecins et des juristes permettra d'éviter les ambiguités et d'accéder au plan supérieur d'un droit mondial, sans équivoque, conditions ni réserves »...

On côtoit le rêve sans doute... mais n'est-ce pas sur des rêves qu'on bâtit maintes réalités ?.... et avec le poète nous souhaiterons simplement que l'avenir, mais un avenir proche, puisse peut-être leur donner raison.

(Conférence faite le mercredi 31 mars au Cours de Perfectionnement des Officiers de Réserve du Service de Santé).

BIBLIOGRAPHIE

—o—

Archives de l'Office International de Médecine et de Pharmacie militaire.

Bercher et Hassenforder : Les débuts du « caducée » médical dans le corps de santé militaire et l'institution d'un emblème international.

Bordet F. : Médecine et morale.

Compte-rendus de la Société de Droit International Médical.

De Feligonde : Les sources actuelles du droit international médical.

De la Pradelle : Le Droit Médical International.

Graven J. : Les limites du rôle médical dans la guerre biologique et bactériologique.

Oudard : Problèmes de l'expérimentation sur l'homme en biologie.

Plichet A. : Expérimentation humaine en médecine .

Presse Médicale : Années 1950-1951-1953-1954.

Voncken J. : La médecine devant la guerre.



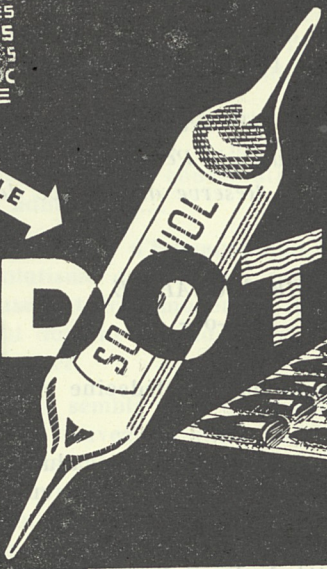
TUNISIE : SPECIMEDHY, 37, Rued'Isly — TUNIS

AFFECTIONS DU FOIE
MANIFESTATIONS ARTHRITIQUES
ÉTATS CONGESTIFS CHRONIQUES
DES MUQUEUSES RESPIRATOIRES
ACCIDENTS CUTANÉS
AFFECTIONS ARTÉRIELLES
MÉDICATION ANTI-CHOC
AÉROSOLTHÉRAPIE

BUVABLE

EN INJECTIONS

SODOTHION



EN SUPPOSITOIRES

LABORATOIRE
DE MÉDECINE
EXPÉRIMENTALE
G. TÉTARD

S.A.R.L. 7 BOULEVARD DE L'ASSAUT, BEAUVAIS, (OISE).

VALS-REINE

ARTHRITISME — DYSPEPSIE — DIARRHEE INFANTILE
GASTRO-ENTERITES — DIABETE

Cure de boissons dans les Maladies infectieuses

Eau de table remarquable

PANORAMA ACTUEL DU DIABÈTE COMMUN

par le Dr M. UZAN

(*Suite*)

—o—

II. APERÇUS CLINIQUES

De BOUCHARDAT, LANCEREAUX et LÉPINE, à JOSLIN, LAWRENCE ou BOULIN, en passant par Marcel LABBÉ ou RATHERY, VON NOORDEN ou ALLEN, etc., tous les cliniciens ont, parmi les formes plus ou moins nombreuses qu'ils ont pu décrire, avec ou sans arrière pensée pathogénique, toujours opposé deux grands types qui s'imposent et qu'ils ont appelés de divers noms : diabète simple ou grave, toléré ou non toléré, gras ou maigre, arthritique ou « pancréatique », sthénique ou asthénique, sans dénutrition ou avec dénutrition, lipop'étorrhique ou lipoatrophique, non insulino-déficient ou insulino-déficient, etc, etc...

Il suffit, en effet, d'acquérir une petite expérience clinique du diabète pour reconnaître et distinguer l'un de l'autre : le diabète de la cinquantaine en général floride et obèse, sensible à la diététique autant qu'à l'insuline et le diabétique jeune, amaigri, cétosique, difficilement équilibré par le traitement.

N'y a-t-il pas là une espèce de dualité clinique trop frappante qui mérite d'être étayée par autre chose que la simple classification nosologique ?

C'est ce que, de nos jours, l'anatomo-clinique et la physio-clinique ont tenté de faire.

1° *Les constatations anatomo-cliniques.* — Longtemps, l'anatomie pathologique du pancréas a été limitée à la constatation des grandes lésions inflammatoires, kystiques, fibreuses ou tumorales d'ailleurs proportionnellement fort rares. Il a fallu qu'on distinguât dans les îlots les divers cellules α, β, γ, δ, surtout les deux premières. Si LANE avait déjà en 1907 observé des granulations dans les cellules insulaires, si BENSLEY en 1911 apporta quelques précisions sur les colorations différentielles, ce sont seulement les travaux récents qui ont permis de systématiser les lésions langhéransiennes et, par l'étude comparée des constations expérimentales, de leur donner une signification.

Ces lésions sont de divers ordres :

1° Les unes sont en quelque sorte statistiques, elles se basent sur la numération des îlots et celle des cellules qu'elles renferment, BENSLEY, WEICHSELBAUM, etc., avaient déjà compté les îlots et en trouvaient le nombre très diminué parfois chez certains diabétiques. GOMORI a préféré comptabiliser les cellules α et β chez l'individu du normal : le rapport $\frac{\text{cellules } \beta}{\text{cellules } \alpha}$ est très variable et oscille entre 3/2 et 9/1; or, 60 % des diabétiques se trouvent dans ces mêmes limites ce qui ne permet pas toujours de conclure.

2° L'étude morphologique des cellules est plus instructive. On peut décrire trois modificatitons caractéristiques :

a) *La dégranulation des cellules* est l'altération précoce quasi pathognomonique (car les granules sont l'élément précurseur de l'insuline dans la cellule). Avec la méthode de coloration de GOMORI, BELL trouve cette lésion :

100 % chez les diabétiques morts avant l'âge de 20 ans;

80 % chez les diabétiques morts entre 20 et 40 ans.

Mais 30 % seulement chez les diabétiques ayant plus de 60 ans. BELL considère que certaines cellules dégranulées géantes seraient spécifiques du diabète.

b) *L'hydropisie de la cellule,* vue déjà par WEICHSELBAUM, puis par ALLEN, n'a été trouvée par SHIELDS WARREN que chez 4 % des cas (sur 800 examens). Expérimentalement, cette altération ne paraît, après pancréatectomie partielle, qu'avec un régime hyperglycémique. On a pensé qu'il s'agissait là d'une surcharge glycogénique des cellules (TORESON); d'ailleurs l'insulinothérapie ou la diététique, abaissant la glycémie, la font disparaître souvent.

c) *L'hyalinisation des îlots* décrite par OPIE, a été étudiée surtout par MALLORY, WARREN, BELL.

Si l'on totalise les statistiques des deux derniers auteurs, on trouve que 40% des cas de diabétiques ont une telle atteinte du tissu langhéransien. Il s'agit surtout de sujets âgés. La substance hyaline serait une glycoprotéine. Les auteurs modernes pensent que cette lésion est bien plus la conséquence du diabète que sa cause.

3° La troisième variété de « lésion » est en quelque sorte « chimique ». L'extraction du pancréas prélevé par la méthode de SCOTT et FISHER et le dosage de l'insuline ainsi retirée par action sur la souris, permet de constater que si chez le sujet normal on trouve 2,53 unités par gramme, le diabétique a un taux d'extraction bien plus faible 0,95 U/gr., très bas chez les sujets jeunes (0,1), plus rapproché de la normale chez le vieil adulte.

4° On a encore décrit la *fibrose* des îlots, leur *hypertrophie*, quelques adénomes circonscrits, des infiltrats leucocytaires, toutes lésions moins caractéristiques.

Cependant, si dans 30 % des cas, on ne constate aucune lésion, pour au moins les 70 % restants, on peut voir, en se basant sur l'âge des malades, l'opposititon qu'il y a entre les deux formes de diabète : juvénile et adulte. Le tableau suivant la fait ressortir assez nettement :

	Fréquence des lésions	Dégranulation des cell.	Hydropisie cellulaire	Hyalinisation des îlots	Insuline extractive
Diabète des jeunes. . .	+ + +	+ +	+ +	discrète	0,1 U/gr.
Diabète des gens âgés.	rare	rare	+	+ +	2,5 »

tonique général biologique
sans excitants artificiels

Ampoules Buvables de 10 cc



Boites de 8 ampoules
Coffrets de 24 ampoules

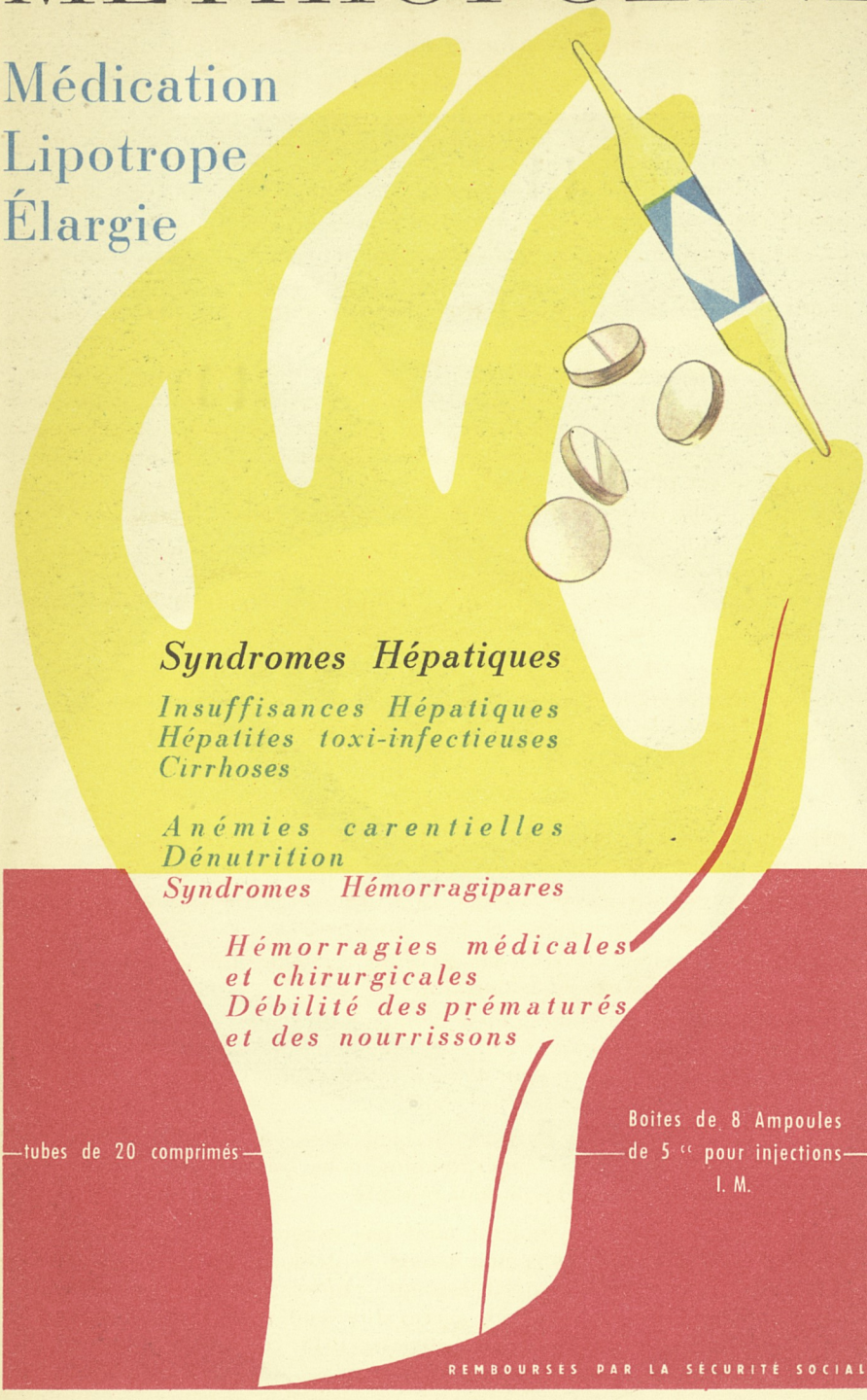
ÉTATS DE DÉPRESSION
PHYSIQUE, INTELLECTUELLE
OU PSYCHIQUE
TRAVAIL INTELLECTUEL
ANÉMIES SECONDAIRES
CONVALESCENCES

Remboursé par la Sécurité Sociale

LABORATOIRE DE L'HÉPATROL
4, Rue Platon — Paris XVe

MÉTHIOFOLINE

Médication Lipotrope Élargie



Syndromes Hépatiques

Insuffisances Hépatiques
Hépatites toxi-infectieuses
Cirrhoses

Anémies carentielles
Dénutrition
Syndromes Hémorragipares

Hémorragies médicales et chirurgicales
Débilité des prématurés et des nourrissons

tubes de 20 comprimés

Boites de 8 Ampoules de 5 cc pour injections I. M.

REMBOURSES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

LABORATOIRE DE L'HÉPATROL
4, Rue Platon Paris XVe

II. *Les constatations physio-cliniques.* — Certains dosages et épreuves de laboratoire vont nous donner, de leur côté une image sensiblement identique.

Bornstein et Lévine ont tenté de doser l'insulinémie dans le plasma. Normalement, il circule 0,1 U par cc. de plasma. Le diabétique jeune et dénutri n'a pas d'insuline décélable dans son sang. Le malade âgé et plétorrhique en a des traces sensibles.

Reprenons à rebours le problème au moyen de l'épreuve d'hypoglycémie provoquée : l'injection intraveineuse des 12 U. d'insuline nous montrera que, suivant le cas, l'hyperglycémie y trouvera plus ou moins de sédation.

Si, voulant connaître les ressources insuliniques possibles du sujet, on utilise l'épreuve d'hyperglycémie provoquée avec 2 prises de sucre séparées d'une demi heure ou d'une heure (comme dans les épreuves respectives d'Exton-Rose ou de Pollack), l'effet Staub après la 2e prise est plus net dans le diabète dit « gras » que dans la forme « maigre » où il tend à être supprimé.

La simple épreuve d'hyperglycémie provoquée, même dans sa forme mineure de la suralimentation hydrocarbonée de G. Dreyfus, est aussi nette et les aires mesurées comme le voulait M. Labbé, sont différentes dans les 2 cas, mais moins nettement cependant.

G. Giraud, H. Latour et J. Mirouze (1951), étudiant l'épreuve de charge glycopexique hépatique au moyen du catéthérisme sus-hépatique, opposent, de même, *hypo* et *hyperhépatie glycogéniques* correspondant respectivement aux diabètes *insulinoprive* et *non insulinoprive*.

Récemment, Moreau, Bonfils, Deuil, de Traverse *et* Hadjistirian ont couplé dans l'épreuve de tolérance du glucose, les dosages de la glycémie et de la pyruvicémie et ils ont opposé 2 cas bien précis :

a) pyruvicémie stable (13 mgr. $^0/_{00}$) avec glycémie variable. Il s'agit de diabètes peu comatigènes et insulino-sensibles.

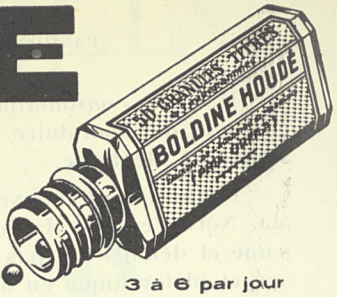
b) pyruvicémie élevée avec glycémie variable. Ce sont des diabètes avec cétose résistants à l'insuline.

Nous trouvons toujours, ainsi ce même diptyque, cette même opposition et l'on doit reconnaître que la cohérence des résultats de techniques fort divergentes ne peut laisser indifférent.

Si, cependant, nous voulons chercher dans les diabètes expérimentaux, des faits qui soient superposables, nous sommes bien surpris de ne pas y réussir d'une façon satisfaisante.

C'est que le diabète humain n'est pas exactement le diabète expérimental. Et nous en avons maintenant la démonstration, car il existe des cas où la duodéno-pancréatectomie chirurgicale a été pratiquée chez l'homme. Les observations, à vrai dire sont assez rares : on aurait publié moins de quarante cas, depuis 1943 (Goodmann et Clark;

BOLDINE HOUDÉ



GRANULES
TITRÉS
à 1 milligramme

3 à 6 par jour

FOIE

LITHIASE BILIAIRE

CONGESTION DU FOIE

HYPERTROPHIE DU FOIE

INSUFFISANCE HÉPATIQUE

Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

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

ARHEMAPECTINE
GALLIER

Simple ou Vitaminée (Vitamine K)

ANTI-HEMORRAGIQUE

Boîtes de 2 et 4 amp. de 20 cc.

SÉCURITÉ SOCIALE — Collectivités
A. M. G. — Art. 64 — Mutilés

Laboratoire **R. GALLIER**, 1 bis, place du Président Mithouard, Paris 7e
SPECIMEDHY, 37, rue d'Isly — TUNIS

Brunschwig, Ricketts et Bigelow; Ricketts, Brunschwig et Knowlton; Whipple; Fallis et Szylagyi; Priestley, Confort et Sprague; Patel, Arsac et Redor; Waugh, Dixon, Llagett, Ballan, Sprague et Confort; Nardi, etc...). Mais elles sont suffisantes pour nous montrer que chez l'homme le diabète pancréatoprive est différent du diabète d'observation classique : il est très insulino-sensible, avec une instabilité particulière de la glycémie, mais a une faible tendance à l'acido-cétose. La plupart de ces cas n'ayant eu qu'une survie assez courte, il est difficile de parler des suites évolutives. Cependant dans les cas où l'on a pu observer assez longuement le malade (14 semaines, quelques mois, 5 ans), on peut dire qu'on n'a pas noté d'aggravation du diabète malgré une insulinothérapie modeste et un régime largement hydrocarboné.

Une autre variété de diabètes quasi-expérimentaux chez l'homme, sont ceux provoqués par des lésions tumorales de certaines glandes. C'est ainsi que les phaeochromocytomes réalisent le diabète adrénalique; l'acromégalie, le diabète de Houssay ou de Young; le syndrome de Cushing, le diabète stéroïde.

On obtient encore parfois des diabètes thérapeutiques qui rappellent certaines conditions expérimentales : l'hormone somatotrope, l'A. C.T.H., la cortisone déclenchent dans le premier cas un diabète du type Houssay et Young, et dans les deux autres un diabète « stéroïde » en général transitoire.

On a aussi injecté à l'homme des produits réputés diabétogènes. L'alloxane en particulier a été utilisée dans les cas d'hyperinsulinie. On a pu observer quelques heureux résultats où la glycémie a été remontée : Dans un cas de Brunschwig et coll. (1944) on note une rémission de 3 semaines avec des doses de 25 à 35 mgr./kgr. mais avec injection très lente. Talbot (1948) a traité un enfant de 9 mois atteint d'hyperglycémie idiopathique avec une disparition des symptômes pendant plus de 9 mois. Cependant on eut aussi des insuccès comme dans les cas de Flinn et coll. (1947), de Lapp (1949) ou des accidents mortels comme dans les observations de Wilder (1940), Conn (1948), Gilchrist (1951). Une observation remarquable de Conn et Hinneman (1948) est à signaler : un malade atteint de tumeur pancréatique avec hypoglycémie est d'abord traité par l'alloxane avec succès, mais une reprise du mal oblige à l'opération. L'examen de la pièce opératoire montre que seuls les îlots pancréatiques normaux ont été sensibles à l'alloxane alors que les cellules β tumorales étaient restées intactes.

Certains produits chimiothérapiques, tels que les diamidines ont pu provoquer des troubles du métabolisme glucidique.

Mais, en dehors de toutes ces observations, somme toute, assez rares, les diabétiques communs ne rappellent que de loin dans leur tableau clinique et dans l'ensemble de leurs réactions les divers diabètes expérimentaux.

C'est qu'en effet, interviennent dans la constitution de telles af-

fections toute une série d'éléments qui n'ont rien à voir avec les conditions réalisées dans les expérimentations.

Le premier de ces éléments est *l'hérédité*. Le diabète se transmet généralement, la plupart des auteurs l'envisageant surtout sous le mode récessif. Les cas familiaux sont très fréquents. L'enquête de FINKE portant sur 750 frères ou sœurs diabétiques a pu révéler chez eux 114 malades soit près de 15 %. Le statistique de STEINER donne les proportions suivantes dans les familles des diabétiques : 4,1 % chez les frères et sœurs, 16 % chez les enfants. Sur 20 paires de jumeaux monozygotes, VON VERSCHNER, observe 13 fois la concordance soit dans 65 % des cas. Presque tous les cliniciens sont d'accord pour évaluer à près de 30 à 50 % la proportion des diabétiques chez qui on relève des antécédents héréditaires ou collatéraux. Etant donné les parentés certaines entre diabète, obésité et goutte, si l'on recherchait non pas l'hérédité strictement homologue mais des antécédents familiaux élargis à tout ce groupe de maladies nutritionnelles, on aurait un taux bien plus élevé. Bien plus, les dysendocrinies familiales sur lesquelles RISER et ses collègues insistaient encore récemment, étendent encore plus loin ce champ d'hérédité.

La question *ethnique* se pose aussi, mais cependant pas sous l'angle prétendument racial. Si l'on regarde le problème beaucoup plus en fonction du milieu que de l'origine, on est tout surpris de découvrir des pays « à diabète » répartis géographiquement d'une manière apparemment irrégulière. On ne peut s'empêcher cependant de noter que le bassin méditerranéen paie un très lourd tribut au diabète. Ailleurs, la distribution semble en fonction de la civilisation et du « standard de vie »; le diabète est la maladie du « bien-être » écrit FLEISCH.

Un troisième point propre à notre diabète humain est la part de l'élément *psychosomatique* dans sa génèse. Les plus vieux auteurs l'avaient noté, VON NOORDEN entre autres. MIRSKY (1948), HINCKLE et WOLF (1949 et 1952) y insistent longuement à nouveau.

Dans les antécédents des diabétiques, on trouve parfois une pluralité et une variété de « stress » remarquable : stress toxiques, infectieux, nerveux, etc. Les décharges glycémiques brutales qui en résultent avec l'ébranlement métabolique subséquent, peuvent, par leur répétition, jouer un certain rôle encore obscur. Ce sont cependant ces sollicitations au début transitoirement opérantes qui occupent ce que M. MAURIAC appelle la « période prépancréatique du diabète ».

Nous ne reviendrons pas sur la clinique du diabète trop bien connue depuis les classiques. Nous insisterons cependant sur :

1° *Les diabètes incipients.*

Beaucoup de diabétiques s'ignorent. La preuve nous en est fournie par le fait que tout examen collectif systématique révèle toujours quel-

ques malades dont l'attention n'avait pas été attirée par un symptôme quelconque.

D'ailleurs, les quatre signes cardinaux du diabète : glycosurie, polyurie, polydipsie, polyphagie, ne se retrouvent pas toujours réunis.

Ceci explique aussi la longue période de latence qui existe entre le début réel de la maladie et la circonstance, souvent fortuite, qui la fait découvrir.

2° *Les diabètes compliqués.*

Nous n'insisterons pas sur les complications infectieuses, y compris la tuberculose, questions bien connues d'assiquement.

Nous rappellerons seulement les manifestations *cutanées* bien étudiées par Urbach et son école. Les diabétides liées directement à l'hyperglycémie doivent être distinguées de la glycohistichie indépendante (ou diabète cutané) qui s'observe sans que le glucose sanguin ne s'élève; ces deux formes ont cependant comme substrat commun l'hyperglycodermie. Les autres manifestations dermatologiques relèvent plutôt de la lipidose concomitante comme dans la nécrobiose lipoïdique d'Oppenheim (1918) bien connue en France depuis les travaux de Sendrail (1941), Degos et Lortat-Jacob (1948). A noter par ailleurs que dans la maladie congénitale héréditaire d'Urbach-Wiethe (ou lipoïdo-protéinose de la peau et des muqueuses), un diabète latent soutend le syndrome.

Nous verrons d'ailleurs toujours que dans les complications du diabète, nous aurons à tenir compte de la double pathogénie possible : hyperglycémie ou lipidose. Ce problème se pose d'une façon particulièrement aiguë dans le cas des *manifestations vasculaires,* si fréquentes chez le diabétique de plus de 40 ans. L'athérosclérose est en effet liée à un trouble lipidique dont non seulement témoigne l'hypercholestérolémie, mais qui trouve son expression la plus nette dans l'augmentation de ces grosses molécules lipoprotidiques circulantes dans le sang (molécules Sf 12-20) que Gofman (1950) sépare par sa méthode de flotation et que l'on trouve dans l'électrophorogramme au niveau des β globulines (Barr, Russ et Edler, 1951). En France, Uhry et Kaufmann (1952) nous en ont apporté la confirmation.. On peut se demander si l'athérosclérose est vraiment liée au diabète, si, comme cela devait être logiquement, elle *le suit.* En fait, elle peut le précéder et dans des cas rares, il est vrai, on peut avec Meyer (1953), parler d'un « diabète vasculaire » lié à la lésion grave du système artériel pancréatique comme par exemple dans le cas d'hypertension maligne. La sclérose artérielle n'est pas spécifique du diabète qui ne l'accélère même pas au fond : c'est seulement comme le dit Boas (1952), la fréquence de cette dernière parmi les diabétiques qui est le fait à retenir et l'on peut se demander avec cet auteur si un facteur héréditaire commun ne se trouverait pas à la base des 2 maladies. L'indépendance des 2 affections trouverait sa justification dans l'observation en quelque sorte paradoxale de Duff et Mc Millan (1948) montrant l'inhibilition d'une athéros-

BRONCHITES
GRIPPES
AFFECTIONS PULMONAIRES

●

Laboratoires
F. BOUCHARD
6, rue Anna-Jacquin
BOULOGNE (Seine)



TUNISIE : Ets NOTE — 61, Avenue Garros — TUNIS . Tél. : 97.090

clérose cholestérolique expérimentale par la création d'un diabète alloxanique, il est vrai, chez le lapin.

D'autre part, on ne peut qu'être frappé par l'augmentation continue du nombre des accidents vasculaires observés chez les diabétiques. Est-ce là le fait de la survie prolongée depuis l'ère de l'insuline des diabétiques ou ne serait-ce pas aussi un effet de l'insulination permanente prolongée ? Ce sont là des problèmes délicats.

Les travaux de DOLGER (1950) semblent indiquer, d'autre part, que, l'incidence des phénomènes d'athérosclérose ne serait parallèle en réalité, ni à la sévérité du diabète, ni au type de la maladie, ni à la rigueur du traitement mais dépendrait surtout du temps mis par l'affection à paraître dans la vie du malade.

Quoi qu'il en soit l'artérite est très fréquente : elle frappe les vaisseaux périphériques dans 15, 20, 25 ou 36 % des cas, suivant les statistiques relatives d'auteurs tels que RILLIET et PARIETTI (1953), JOSLIN, WARREN ou BELL (1950). La coronarite se verrait dans 20 % des cas selon NATHANSON. En tous cas elle est 6 fois plus fréquente chez le diabétique que chez l'individu non diabétique, d'après ROOT (1950). Les artères cérébrales sont moins souvent atteintes : 2,5 % des cas (selon JOSLIN et ROOT) âgés de plus de 40 ans. Mais ne serait-ce pas aussi le trouble vasculaire qui domine la pathogénie des atteintes rétinopathiques ou des atteintes rénales du type KIMMELSTIEL - WILSON. ASHTON (1949) n'a-t-il pas donné des descriptions de lésions de fond d'œil superposables à celles que l'on trouve dans la « glomérulo- sclérose intercapillaire rénale ? »

Si nous abordons les complications *oculaires,* il semble bien que la rétinite reste l'élément le plus sombre dans le pronostic du diabète. Ces rétinopathies très étudiées par les ophtalmologistes, et dont on trouve les échos récents dans les travaux et monographies de REDSLOB (1948), RENARD et DHERMY (1950), DÉODATI (1951) FRIEDENWALD (1952), SÉDAN (1952) répondent bien en effet à l'idée que l'on se fait de ce complexe « diabète-hypertension » liant 2 ordres de faits touchant aux métabolismes glucidique et lipidique à la fois. L'observation de POULSEN (1952) de disparition d'une rétinopathie diabétique au cours de l'évolution d'une maladie de SIMMONDS ajoute au problème ainsi posé une note endocrinienne. Les expériences de FRIEDENWALD (1952) montrant que les animaux alloxanisés recevant de l'A.C.T.H. ou de la cortisone présentaient à la fois les anévrysmes vasculaires des capillaires de la rétine en même temps que des lésions rénales rappelant celles du syndrome de KIMMELSTIEL-WILSON, remettent le problème vasculaire du diabète dans le cadre des actions endocriniennes.

La cataracte, au contraire, semble plus liée au terrain diabétique lui-même. On connaît les nombreuses expériences montrant le rôle de différents facteurs dans son éclosion : équilibre du calcium, rôle du tryptophane, action de la riboflavine (vit. B2) que DAY appelait « cataract prévention factor », etc. Mais on sait aussi, depuis MITCHELL et

Dodge qu'un régime contenant 70 % de lactose, ou riche en galactose (Mitchell) ou même en xylose (Darby et Day) pouvait être fauteur de cataracte. On sait que le diabète alloxanique s'accompagne parfois de cette atteinte du cristallin (Cabell et coll.). Kerby pense que les corps cétoniques sont un élément étiologique important. L'étude même de la lésion montre que le cristallin peut renfermer du sucre en excès, que le glutathion comme la vitamine C y sont disparus. On voit ainsi combien de questions peuvent se poser à propos de la pathogénie d'une telle complication chez le diabétique.

Le *rein* du diabétique est très souvent atteint. Bessière, cité par Traissac, disait « un diabétique est un rénal qu'on ignore ».

Il semble difficile de concevoir que les dysharmonies fréquentes entre la glycémie et le glycosurie, les variations du seuil d'excrétion rénale du glucose ne soient pas, peu ou prou, la manifestation d'une souffrance rénale. De fait, si l'on observe le diabétique non d'une façon statique à un instant précis, mais dans son évolution dans le temps, il est rare alors qu'on ne trouve au moins un moment où cette souffrance s'exprime. C'est dans ce sens que Kulz dit que l'albuminurie s'observe au moins dans 98,7 % des cas de diabétiques au cours de leur existence. Bien plus, il ne semble même pas qu'on puisse trouver une véritable cloison étanche entre le diabète rénal pur, et le diabète sucré commun comme l'écrivait Bert en 1947, « le diabète rénal peut doubler le diabète sucré » et il en apportait non seulement la preuve dans une observation personnelle mais encore dans les faits publiés par Boulin; Labbé, Dreyus et Escalier; Rathery, etc.

Quoiqu'il en soit, on peut, avec Traissac, décrire 2 ordres de complications rénales :

1° Les accidents rénaux non spécifiques du diabète prolongé : albuminurie isolée, hyperazotémie isolée, hypertension, néphrite chronique du type mal de Bright, voire des néphroses lipoïdiques.

2° Le syndrome de Kimmelstiel-Wilson isolé, dès 1936 par ces auteurs sous le nom de « intercapillary glomerus sclerosis ». Etant donné que la lésion anatomique caractéristique est l'apparition des dépôts hyalins à l'intérieur du glomérule (corps de KW), parfois plus diffus, Azérad et ses élèves (1951) préfèrent la dénomination de « glomérulo hyalinose intercapillaire ». La plupart des auteurs avec Kimmelstiel-Wilson, pensent qu'il s'agit là de lésions pratiquement spécifiques du diabète, malgré l'opinion contraire de Horn et Smetana. Le syndrome clinique est basé sur le tétrade : œdèmes, albuminurie; hypertension, azotémie élevée, survenant chez des sujets diabétiques anciens et âgés. Cependant le diabète prend une allure plus discrète, peut-être parce que, comme le pense Gimenez Diaz, la suppression fonctionnelle du rein augmente la sensibilité à l'insuline. Le fait intéressant est comme le signale Azérad, que toujours un « aspect endocrinien » du malade attire l'attention vers la thyroïde, la surrénale ou l'hypophyse

Hall (1952) qui a étudié l'étiologie de ce syndrome montre tout d'abord que : alors que sur 120 diabétiques, 31 présentaient une légère atteinte et 14 une plus sévère lésion de ce type, on ne pouvait en trouver qu'un cas douteux sur 110 malades non diabétiques. Le syndrome de K.W. touche surtout les femmes, les malades âgés, les diabètes anciens et mal contrôlés.

Cependant, tout n'est pas dit dans la question du rein des diabétiques. Récemment, Wilson, Root et Marble (1951) insistaient sur la nature *mixte* de la néphropathie associée au diabète chez des malades encore jeunes mais dont le diabète est ancien et mal contrôlé : il s'agit d'un ensemble : pyélonéphrite aiguë ou chronique qui, dans la statistique de ces auteurs s'est rencontrée dans 25 % des cas et qui, ne s'observe pas dans les séries de malades dont le diabète avait été rigoureusement contrôlé. La pyélonéphrite d'ailleurs, isolée, a été retrouvée par des auteurs américains dans 20 % de cas de diabètes autopsiés et parmi eux près de 27 % présentaient des lésions de papillite nécrosante (Mandel 1952). Il s'agit là d'un syndrome latent de « nécrose papillaire d'évolution chronique » que l'urographie permet parfois de déceler et sur lequel Lederer et Van Keerberghen insistaient récemment.

Un dernier point mérite une mention : c'est l'état du rein dans l'acidose diabétique : il est classique de dire que le rein est le siège de graves troubles fonctionnels que les auteurs modernes rattachent à la « néphrite du néphron inférieur » dont les symptômes s'intriquent avec ceux de l'acido-cétose aiguë. Guinet et ses coll. ont publié, il y a peu de temps à Lyon, un cas de néphrose lipoïdique au cours du coma diabétique, à syndrome humoral reversible.

Le *foie* dans le diabète a été longuement étudié. En France, les travaux de Mirouze, de Darnaud ou de Plauchu, pour ne citer que les plus récents, montrent que, le plus souvent, il s'agit de « dyshépatie » plutôt que d'une insuffisance hépatique caractérisée. Cependant, les tests de floculation sont fréquemment positifs et l'étude anatomique (après ponction-biopsie) montre la présence de stéatose que les observations les plus anciennes avaient déjà reconnue. Ces hépatomégalies de surcharge signent une fois de plus la lipidose associée au diabète. On sait l'intérêt qui s'y rattache lorsqu'il s'agit de sujets jeunes et que ces troubles se constituent en même temps que la croissance subit elle-même des retards conduisant à l'infantilisme, réalisant ainsi le syndrome de Mauriac (1930) bien connu. Sendrail dissocie cette forme du diabète juvénile, lui reconnaissant deux séries de manifestations, les unes insuloprives (diabète), les autres, lipocaïcoprives (hépatostéatose, infantilonanisme et adipose à topographie particulière : infiltration tronculaire et aspect lunaire du visage).

Les complications *nerveuses* du diabète sont difficiles à classer et à préciser : c'est que, comme le dit excellemment Bert, on doit distinguer quatre cas différents :

a) neurodystrophies provoquant le diabète : acromégalie, obésités



TUNISIE : Ets ZANA et COHEN-JONATHAN

14 bis, Rue Arago — TUNIS

diencéphaliques, syndrome de Morgagni, etc. à déterminations hypophyso-di-encéphaliques.

b) neurodystrophies dépendant du diabète : les unes relevant d'un mécanisme vasculaire (hémiplégies, paralysies de nerfs crâniens), les autres dues aux perturbations du métabolisme du diabétique (hyperglycémie, insuffisance en thiamine, poussées acidosiques, troubles du bilan potassique au cours des cétoses, etc.) donnant des manifestations diverses, d'autres encore relevant de poussées hypoglycémiques, surtout chez les malades traités par de fortes doses d'insuline (incoordination, cécité, anosmie, convulsions, etc.)

c) neurodystrophies associées au diabète qui ne peuvent donc lui être imputées.

d) neurodystrophie et diabète dépendant d'une cause commune, terrain diabétogène et terrain neurogène pouvant en quelque sorte coïncider.

Cependant, on sait que certains éléments sont d'observations courantes : combien de fois une paralysie isolée de la VIe paire voire même un ptosis unique, une aréflexie des membres inférieurs, une polynévrite des membres ont été les symptômes révélateurs d'un diabète. Il en est de même du mal perforant considéré depuis les plus lointaines « cliniques » comme un apanage du diabétique.

Nous devons rapprocher de ces cas, les faits d'ostéoses (Azérad 1952) ou d'ostéolyse réalisant le « pied diabétique » (H. Bénard et coll. 1953) voire même d'acropathie ulcéromutilante bilatérale (Bert et Amphoux 1952), rappelant les accidents du tabès ou de la syringomyelie surtout si du point de vue de la vascularisation on ne trouve point de modifications décelables.

On a décrit encore quelques complications *digestives* les unes liées aux troubles hépato-pancréatiques associés, les autres plus spécifiques peut-être : la diarrhée nocturne améliorée par l'extrait hépatique selon Sheridan et ses coll. (1946) serait caractéristique : nous ne l'avons pas observée. De même, le syndrome abdominal aigu décrit par les auteurs américains sous le nom de « abdomen diabétique aigu » serait lié à des phénomènes de déshydratation avec déplétion chlorée survenant à l'orée d'un coma acido-cétosique : il est rare.

Un mot de quelques complications banales ou rares de moindre importance. L'état buccodentaire a préoccupé de nombreux auteurs et Uhry et ses coll. y sont revenus récemment. On a décrit parfois quelques troubles du squelette chez les diabétiques : ostéoporose ostéoblastique par exemple sur laquelle instistait Heunberg en 1952.

L'*acido-cétose* reste enfin la complication la plus sévère du diabète conduisant au *coma*. Boulin a longuement insisté encore récemment sur les conditions d'apparition du coma, distinguant le coma *inaugural*, première manifestation du diabète aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte dans 7 % des cas (Joslin indique 15 %); le coma *provoqué*, le plus fréquent, à causes plus ou moins précises; le coma *spon-*

tané sans raison apparente représentant cependant 24 % des cas. Les conditions qui peuvent provoquer le coma sont très nombreuses :

Les unes sont de cause thérapeutique : suspension brusque ou insuffisance du dosage de l'insuline, substitution brutale de l'I.P.Z. à l'insuline ordinaire, choc hypoglycémique suivi de cétose · cette dernière éventualité se voit parfois chez l'enfant lorsqu'une activité excessive est à la base de l'hypoglycémie (PAYNE).

Les autres sont d'origine diabétique : écarts de régime, anorexie, jeûne.

Les troisièmes sont de véritables chocs : traumatismes, accidents vasculaires, interventions chirurgicales, vaccinations, radiothérapie massive, et, surtout, état émotif.

Les dernières enfin sont d'ordre pathologique intercurrent : infections aiguës même les plus bénignes.

On peut expérimentalement obtenir une cétose sévère en ajoutant aux effets de la pancréatectomie, ceux du jeûne et du phlorizoside (MIRSKY 1942, PETERS 1945). Dans ce cas, la gluconéogénèse est au maximum. le glycogène hépatique disparaît, la glycémie s'élève très haut 3,5, 5 $^{0}/_{00}$ voire même 10 pour 1.000.

Tout au début cependant il n'y a qu'une cétose simple avec une R.A. et un pH sanguin peu touchés. Mais contre les composés cétoniques que l'organisme ne peut entièrement brûler, il faut se défendre. La R.A. alcaline baisse alors cédant le CO_2 aux bicarbonates puis l'acidose s'installe avec un pH sanguin qui baisse à son tour à 7,2 voire même à 6,9 ! C'est alors la phase d'acidocétose.

AZÉRAD et LESTRADET insistent sur l'intérêt du dosage du pH sanguin de préférence à la R.A. car, comme le disent CROSNIER et DEUIL, on peut avoir aussi bien une alcalose gazeuse avec réserve effondrée, acidose respiratoire avec au contraire une élévation de la R.A., ou une cétose compensée avec pH normal et R.A. basse.

L'acidose installée va entraver les processus enzymatiques (AZÉRAD et LESTRADET), augmenter la résistance à l'insuline et diminuer la tolérance hydrocarbonée et accélérer le catabolisme cellulaire (GUEST).

Mais en même temps les troubles se propagent dans les secteurs hydriques et électrolytiques. La polyurie du début, jointe aux vomissements, à la diarrhée, à l'hyperpnée provoquent une déshydratation qui touche d'abord les liquides extracellulaires. Il s'installe une hypertonie osmotique du plasma que MOREAU, CROSNIER et DEUIL ont pu apprécier par l'élévation du Δ cryoscopique. Les fuites de l'eau du Cl, du Na du CO_3H, sont telles qu'alors le secteur intracellulaire entre lui-même dans le processus de déshydratation et le potassium, comme d'ailleurs, le Ca, le P et le Mg, est l'objet d'une spoliation dangereuse conduisant à l'hypokaliémie, au début masquée et pouvant apparaître brusquement dès le début de la réhydratation du malade. Les accidents graves voire mortels de l'hypokaliémie au cours de l'acido-cétose ont été étudiés par de nombreux auteurs américains com-

Antiallergique

Bien toléré

THÉPHORINE "ROCHE"

Rhinites

Coryza

Urticaire

Dragées

Sirop

Onguent

ROCHE

PRODUITS "ROCHE" S. A.

10, RUE CRILLON - PARIS-4e

me Root, Sprague; Joslin; Martin et Wertmann; Darrow, etc., etc. Danowski et ses coll. ont pu mesurer les pertes de K au cours de certains comas et ils ont noté les chiffres impressionnants de 7,3 à 30, 3 mgr. soit 98 à 406 m E q. L'électrocardiogramme montre chez les hypokaliémiques un syndrome caractéristique : allongement de Q-T avec applatissement de T.

3° *Les diabètes associés.*

En parlant des diabètes compliqués nous avons déjà vu que bien souvent, ils étaient la résultante non seulement de l'affection elle-même, mais encore des désordres métaboliques contemporains. C'était le cas au fond de toutes les lipidoses cutanées, vasculaires, hépatiques, ou autres ci-dessus signalées.

Une lipidose particulière est encore *l'obésité* qui précède bien souvent, le diabète de l'adulte et qui l'accompagne parfois bien longtemps. 77 % des diabétiques dit Joslin étaient obèses avant ou au début de leur maladie. Tous les auteurs sont d'accord pour dire que les diabètes gras peuvent être réduits par amaigrissement thérapeutique. Lederer en apportait récemment la preuve rejoignant les idées de Lawrence et Darnaud, Denard et Moreau ont précisé tous ces points en décrivant, en France, le « diabète par encombrement adipeux ».

Une autre association qui frappe bien plus aujourd'hui que l'on connaît un peu mieux le diabète provoqué par l'alloxane et les substances alloxane-like dont l'acide urique, est celle qui lie le diabète à la goutte. Ainsi les anciens qui groupaient sous un même chapeau arthrique diabète, groupe, obésité n'avaient pas tout à fait tort. (Cf. obs. de Violle, Balmus, etc.).

Mais à côté de ces faits d'ordre métabolique, il sied de signaler tout une série d'associations, les unes occasionnelles (compression, par exemple, par une tumeur intracrânienne, des centres ayant une action sur le métabolisme glucidique) les autres moins fortuites, qui mettent un diabète évident ou latent dans un ensemble d'autres manifestations pathologiques groupées en syndromes plus ou moins définis. Nous en avons vu des exemples en parlant des complications nerveuses. Il en existe une série où les endocrines semblent jouer quelque rôle, tels ces cas d'hyperostose frontale interne avec diabète et troubles osseux divers sur lesquels insistait Appel (1951); le syndrome de Troell- Junet (1938, ainsi dénommé par Sherwood Moore 1948) groupant syndrome de Morgagni, acromégalie, goître toxique nodulaire et diabète; le syndrome de Werner (retard de développement, sénescence précoce, cataracte,, sclérodermie et diabète) sur lequel revenaient en 1952 Beatwright, Weeler et Cawley; l'association syndrome de Van der Hoeve (fragilité osseuse, sclérotiques, bleues et sudité) — diabète dont un cas a été rapporté par Bowcock et Lewis (1930), etc,.....

Tout déprimé
tout surmené
tout neurasthénique

TOUJOURS ACTIVE
JAMAIS NOCIVE



NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

6, RUE ABEL - PARIS -

4° *L'état prédiabétique.*

Ce que nous venons de dire des associations, nous montre déjà qui sont candidats au diabète; ce sont :

1° les dysmétaboliques : goutteux, obèses;

2° les dysendocriniens et singulièrement, les hyperpituitaires, les hypercorticosurrénaux, les hyperthyroïdiens, probablement aussi certains dysharmoniques génitaux. Dans ce cadre, on peut décrire bien des syndromes plus ou moins définis qui tendent vers le diabète : Marcel LABBÉ montrait déjà la fréquence de cette affection chez les enfants ayant une trop rapide poussée de croissance. Sous le nom de « syndrome de YOUNG (que DÉROT appelle plutôt diabète post-ménopausique avec obésité) ABAZA et ses coll. (1952) décrivent un état prédiabétique dû à l'hypersécrétion prolongée d'hormone somatotrope : croissance prolongée, mortalité foétale et néonatale élevée, hyperlactation, obésité et, enfin, diabète après la ménopause.

Ne perdons pas de vue enfin les notions héréditaires et éthnographiques déjà rappelées. Il y a encore certainement beaucoup de sujets de recherches concernant ces états prédiabétiques. Comme l'écrit MAURIAC : « c'est surtout dans la période préclinique de la maladie que sont désormais les promesses de nouveauté ».

Ce sont les épreuves biologiques qui permettront, le plus souvent, de déceler le diabète encore silencieux : étude de la glycémie à jeun, avec, peut-être, comme le veulent WEILL, MANDEL et REIBEL (1952) des prises répétées d'heure en heure permettant de reconnaître quelque courbe caractéristique; épreuve d'hyperglycémie provoquée à une seule dose de glucose ou à deux prises espacées; examens urinaires, etc...

L'EXAMEN SYSTÉMATIQUE DU DIABÉTIQUE

Chez le diabétique, l'examen systématique ne peut plus, comme auparavant, se contenter d'une simple analyse d'urine parfois agrémentée d'un dosage de la glycémie. On doit avec précision interroger toutes les voies métaboliques, toutes les réactions organiques secondaires possibles. Après l'étude de l'anamnèse et l'examen clinique proprement dit, il sied d'établir une série de bilans :

a) *Bilan glucidique* : Comme ci-dessus : glycémie, glycosurie, épreuves d'hyperglycémie provoquée, à la rigueur épreuve d'hypoglycémie provoquée.

b) *Bilan acidobasique et cétosique :* Recherche et dosage des corps cétoniques, réserve alcaline, pH sanguin.

c) *Bilan hépatique et rénal :* examens urinaires, éléments biliaires, rapports azoturiques divers, y compris le coefficient de MAILLARD,

et le rapport $\frac{\text{glucose}}{\text{N total}}$, cylindres, albumine.

Examens sanguins : Azotémie, cholestérolémie, électrophorèse des protides et des lipides sanguins, sérologie hépatique (Mc LAGAN, GROS, HANGER, WUNDERLEY, KUNKEL, etc., au choix et suivant indications), etc..

d) *Bilan endocrinien :* Biométrie, M.B., dosages hormonaux suivant les indications cliniques (FSH, LSH, 11-oxycorticostéroïdes, 17-cétostéroïdes) etc.

e) *Bilan vasculaire et ophtalmologique :* examen du cœur avec radiographie et ECG, étude des artères (oscillométrie, TA), examen des vaisseaux rétiniens et du fond de l'œil en général.

f) *Bilan nerveux :* état psychique, réflexes, études de la motilité, voire même EEG s'il y a lieu.

Mais si les troubles s'aggravent et qu'on doive suivre de plus près et avec célérité les variations de l'état du sujet, il faut alors avoir en main des techniques simples, rapides, nécessitant peu d'urine ou de sang : d'où l'importance des microméthodes rapides de laboratoire. D'où aussi la floraison de telles techniques : Depuis BANG ou FOLIN et WU, combien avons-nous vu de micro-méthodes possibles dosant la glycémie; la seule méthode de HAGEDORN et JANSEN a donné lieu à quelques dizaines de variantes et après DUMAZERT, et tant d'autres, nous avons aussi apporté notre contribution à cette recherche; depuis peu, la méthode à l'anthrone semble aussi prendre une place importante.

Il faut quelque fois aller plus vite encore tout en se contentant, au besoin, d'approximations. Les Allemands, avec Crécélius et l'instrumentation optique correspondante, avaient déjà proposé une solution. LESTRADET vient de nous donner une méthode encore plus simple qu'on peut effectuer au lit même du malade.

Pour l'urine, tout le monde connaît les méthodes simplifiées telles que celles connues sous le nom de clinitest, de clini-réactifs, etc., qui ne nécessitent même plus de chauffage. Pour l'acétone, LESTRADET nous a encore donné une bonne technique simple.

Ainsi le malade lui-même, au besoin, peut observer au moins son urine et suivre pas à pas les péripéties journalières de son diabète, ce qui a beaucoup d'importance s'il est traité à l'insuline.

Car, on doit bien le dire, c'est encore cette minutieuse étude répétée des éliminations urinaires journalières qui régit effectivement le contrôle de cette affection redoutable qu'est le diabète.

(*à suivre*).

CÉPHALOSE *amphétaminée*

A L'ACIDE GLUTAMIQUE

Déficiences intellectuelles
surmenage physique

AMPOULES BUVABLES
★
COMPRIMÉS
★

LABORAL - LABORATOIRES DE L'AEINE
6, PLACE CLICHY - PARIS 9e • PIG. 63-03

VALS SAINT-JEAN

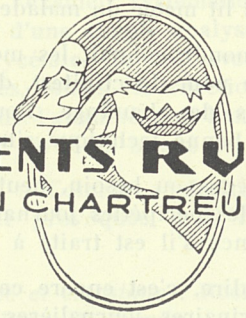
AFFECTIONS de l'

Estomac
EMBARRAS GASTRIQUES
DYSPEPSIE - - GASTRALGIE

Entérite chez l'enfant chez l'adulte

ARTHRITISME

Eau de Régime faiblement minéralisée, légèrement gazeuse



PANSEMENTS RUBY S.A

VOIRON EN CHARTREUSE (ISÈRE)

TUNISIE : AGENCE PHARMACEUTIQUE FRANÇAISE
8, Passage du 7 Mai - TUNIS

CHRONIQUE

De la lecture des journaux médicaux

par Félix Masselot

De nos jours, le médecin est submergé par une avalanche de journaux de tous formats, que ce soient les périodiques classiques, auxquels il ne peut manquer de s'abonner, ou les publications que lui dispensent généreusement les firmes de spécialités.

Malheureusement, il n'a ni le temps de tout lire, ni surtout la possibilité de tout retenir.

Contre la première de ces carences, il est en partie paré, depuis que s'est heureusement établi l'usage des résumés en queue des articles. S'ils étaient toujours bien rédigés, ils permettraient à chacun de choisir, au milieu de cette copieuse nourriture, ce que son appétit réclame.

Contre la deuxième, rien n'existe, que les mémentos et index de fin d'année; seulement, il faut alors conserver l'écrasante collection des publications, qu'aucune bibliothèque, de dimensions modestes, n'est à même de contenir, au bout de plusieurs années d'exercice. Aussi, est-ce la corbeille à papiers qui absorbe ce que les meubles sont incapables d'emmagasiner.

Ainsi, le mal est irréparable, car si, dans tout ce qui paraît, il y a le meilleur et le pire, nul ne saurait contester que le meilleur ne soit le plus abondant.

Il existe essentiellement deux catégories d'articles médicaux : ceux qui émanent de jeunes auteurs, en quête de titres, et ceux constituant le message de médecins expérimentés ou de savants authentiques, cherchant à faire bénéficier le corps médical du fruit de leurs réflexions ou de leurs travaux. Le tri se fait rapidement, à l'usage, entre les uns et les autres. Il ne s'en suit pas, d'ailleurs, qu'il n'y ait aucun profit à retirer de la première catégorie d'écrits. Plaute a dit depuis longtemps qu'il y a toujours à apprendre dans le plus mauvais livre.

Quoi qu'il en soit, on arrive aisément à juger de la valeur d'une signature, ce qui permet aux médecins pressés par le temps, de limiter leurs lectures à l'essentiel.

Il n'en demeure pas moins que personne, dans les Facultés, ne nous enseigne la façon de soulager notre mémoire, aussi chacun improvise, lorsqu'il a à résoudre le problème du gaspillage de la manne que nous dispensent les journaux.

Nombre de médecins se contentent de parcourir hâtivement ce que le courrier leur apporte, bien qu'ils sachent qu'il ne leur en restera que fort peu d'acquis. Ils se disent que toute question d'actualité, tout procédé thé-

rapeutique de valeur, est ressassé dans toutes les publications et que, de ce fait, ils ne peuvent manquer de fixer leur attention. Leur calcul est juste et l'exemple récent de l'Isoniazide est là pour le prouver, puisque depuis quelques mois, on ne peut ouvrir un journal sans qu'un article ne lui soit consacré.

Seulement, il ne faut pas perdre de vue que, s'il est nécessaire d'être au courant de la nouveauté et des travaux d'avant-garde (d'être à la page, comme on le dit de façon vulgaire), il est encore plus essentiel d'étoffer et de consolider le fonds des connaissances, sur lequel on vit. Combien imprécis, sont la plupart des schémas que nos études ont gravés dans notre mémoire ! Or, si l'exercice les fixe sur une base réelle, ce n'est que par les lectures, qu'il est possible de combler les nombreuses lacunes, (les trous), dont, même les plus instruits, sont affligés. La bibliothèque la mieux à jour, ne peut y suffire, les livres étant toujours de deux ans en retard sur l'état actuel de la science. D'autre part, les livres sont handicapés par la nécessité de tout faire tenir dans un nombre déterminé de pages, partant, d'écourter ou même de sauter nombre de points de vue intéressants. Il en résulte que les périodiques sont irremplaçables. Mais encore une fois, comment retenir ce dont ils nous instruisent ?

Certains médecins établissent un système de fiches, ce qui est certes le meilleur procédé, mais il réclame beaucoup de temps pour les remplir, et un esprit méthodique, qui n'est pas des plus courant. De fait, en dehors des candidats aux concours ou de ceux qui préparent un travail, rares sont les médecins qui ont la constance de tenir des fichiers de cette nature

D'autres, se contentent de garder quelques collections de périodiques ou de Bulletins de Sociétés savantes. Mais combien est incommode la manipulation de gros volumes, nécessitant un lutrin pour être consultés sans fatigue. C'est encore pire, si les collections ne sont pas reliées, car elles deviennent pratiquement inutilisables.

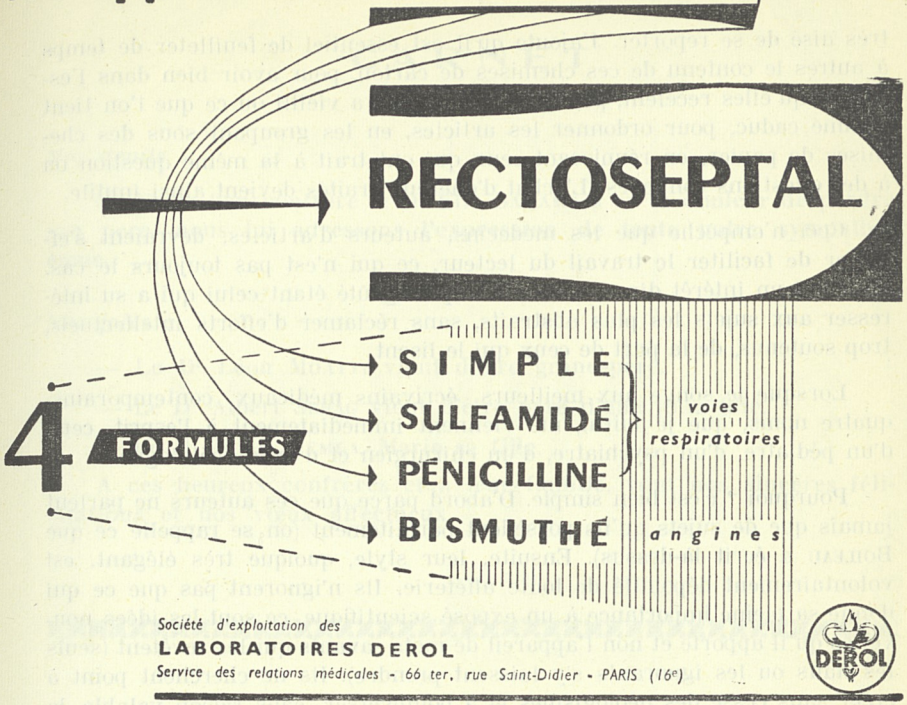
Reste un troisième procédé, qui n'est utilisable que par qui se spécialise, (mais n'est-ce pas le fait, à peu près de tous les médecins d'aujourd'hui, chacun se rendant compte que la matière médicale est trop étendue pour pouvoir l'embrasser dans son ensemble). Cette méthode est celle des chemises de carton, dans lesquelles sont rangés les articles détachés. Le tout est d'adopter une classification logique, permettant de s'y retrouver rapidement.

Prenons un exemple pour fixer les idées :

Un phtisiologue peut ainsi constituer environ treize chemises portant comme titres : Etiologie — Anatomie pathologique — Physiologie pathologique — Bactériologie — Clinique — Complications — Diagnostic — Traitements médicaux — Traitements chirurgicaux — Prophylaxie — Médecine Sociale — Congrès — Tuberculoses extra-pulmonaires.

Au bout de très peu d'années, il lui sera ainsi possible de recueillir une masse imposante de documents de grande valeur, auxquels il deviendra

le suppositoire anti-infectieux type



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

DOCTEUR . . .
à vos Dyspeptiques,
vos Insuffisants pancréatico-biliaires,
vos Ulcéreux,
à tous vos Malades qui digèrent ou assimilent mal
PRESCRIVEZ :

PANCREAL
KIRCHNER

Complexe d'extraits pancréatiques dégraissés et purifiés
suractivés par des ferments digestifs (diastases)
Contient 100 % d'éléments actifs (ni sucre, ni cacao, ni fécule)
POSOLOGIE : 3 à 4 COMPRIMES APRES LES REPAS
Catégorie B des Assurances Sociales — Echantillon sur demande

Laboratoires du Dr KIRCHNER - 24 bis, Rue de Verdun, STRASBOURG (Bas-Rhin)

très aisé de se reporter. J'ajoute qu'il est essentiel de feuilleter de temps à autres le contenu de ces chemises de carton, pour avoir bien dans l'esprit ce qu'elles recèlent, pour éliminer ce qui a vieilli ou ce que l'on tient comme caduc, pour ordonner les articles, en les groupant sous des chemises de papier, en réunissant ceux qui ont trait à la même question ou à des questions connexes. L'achat d'onéreux traités devient ainsi inutile.

Ceci n'empêche que les médecins, auteurs d'articles, devraient s'efforcer de faciliter le travail du lecteur, ce qui n'est pas toujours le cas. Ils y ont un intérêt direct, l'auteur le plus goûté étant celui qui a su intéresser aux sujets les plus abstraits, sans réclamer d'efforts intellectuels, trop soutenus, de la part de ceux qui le lisent.

Lorsque je songe aux meilleurs écrivains médicaux contemporains, quatre noms, que je tairai, me viennent immédiatement à l'esprit, ceux d'un pédiatre, d'un psychiatre, d'un chirurgien et d'un diabétologue.

Pourquoi ? c'est bien simple. D'abord parce que ces auteurs ne parlent jamais que de sujets qu'ils possèdent parfaitement (on se rappelle ce que Boileau a écrit là-dessus). Ensuite, leur style, quoique très élégant, est volontairement dépouillé de toute afféterie. Ils n'ignorent pas que ce qui donne sa pleine importance à un exposé scientifique, ce sont les idées nouvelles qu'il apporte et non l'appareil de mots savants qui les revêtent (seuls les naïfs ou les ignorants s'y laissent prendre). Ils ne cherchent point à créer sans cesse des néologismes et à bouleverser, sans raison valable, la terminologie usuelle (ce qui a pour effet d'obscurcir les sujets les plus simples). Ils emploient toujours le mot juste et le qualificatif exact, ne forcent jamais leur pensée, et sont insensibles aux questions de priorité.

Ils ont surtout l'art de la composition, le talent d'enchaîner rationnellement les idées, de mettre en valeur l'essentiel, de glisser sur l'accessoire, de ne conclure qu'après avoir logiquement déduit. Ils se maintiennent toujours, entre un excès de littérature cher aux vieux médecins du début du XIXe siècle, et la sécheresse rebutante du style de communiqué que certains postulent pour les questions scientifiques. En bref, ce qu'ils présentent, est toujours fortement pensé, loyalement exposé (car ils en limitent eux-mêmes la portée), harmonieusement équilibré.

Or, sur ces quatre noms, qui me sont venus spontanément à l'esprit, je dirai que deux d'entre eux sont ceux de médecins qui sont respectivement licencié et docteur en philosophie, que d'un autre, Bergson a écrit : « C'est un véritable philosophe de la Médecine », et quant au quatrième, l'art d'écrire est pour lui une tradition de famille.

Ainsi est-il prouvé, une fois de plus, l'importance pour le médecin, de s'évader de son cadre professionnel, afin d'envisager son action de plus haut et de points de vue différents. Le médecin qui n'est qu'un scientifique est un médecin incomplet. Mais nous voilà loin de la lecture des journaux !

CARNET

Nos deuils :

— Notre bon confrère le Dr Elie Samama a eu la douleur de perdre son père, nous lui adressons l'expression de toute notre sympathie émue.

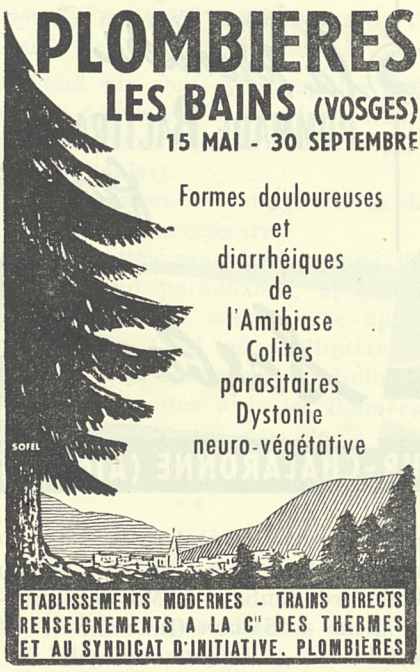
Nos joies :

— Le Dr Léon Moatti vient d'être grand-père.

— Le Dr Albert Sebag vient d'être père d'une jolie fille.

— Le Dr Jules Scemla, Marie sa fille.

A ces heureux confrères et à leur famille, vont nos sincères félicitations et nos vœux affectueux.





Pub S. B.

PHARMOFFICE : 1, Boulevard Bugeaud — ALGER.
Diffusion Pharmaceutique Marocaine : 62, Rue St-Saëns — CASABLANCA.
SARRABIA : 35, Boulevard Vauban — MONTFLEURY - TUNIS (Tunisie).
BONNIOT : 37, Rue Miche — SAIGON (Indochine).
GUIGON : Boîte postale 513 — DAKAR (Sénégal).
SO.A.C.I.A. : Boîte postale 815 — ABIDJEAN (Côte d'Ivoire)
LABOREX : Boîte postale 872 — DAKAR (Sénégal).
Coopérative Pharmaceutique Martiniquaise : Boîte postale N° 362 — FORT DE FRANCE (Martinique).

Société Médicale des Hôpitaux d'Alger

—o—

SEANCE DU 15 MARS 1954

—o—

Techniques nouvelles d'exploration instrumentale pour l'auscultation cardiaque, par M. J. CASANOVA.

L'Auteur présente en auscultation collective, directe ou enregistrée, différentes cardiopathies. Ce résultat n'a pu être obtenu que grâce à l'application des toutes dernières données électroniques ou acoustiques concernant l'amplification ou l'enregistrement sur bandes magnétiques (réalisation du Centre algérien d'exploration instrumentale).

*
* *

Intérêt des techniques à microfoyer de radiographies agrandies, par MM. A.C. LACROIX, H. JOUANNEAU et J. MIRAMONT DE LAROQUETTE.

*
* *

Essai de visualisation du contenu de l'articulation du genou, par MM. A.C. LACROIX, H. JOUANNEAU et J. MIRAMONT DE LAROQUETTE.

*
* *

Cholécystographies par la méthode DALBOT-BUSSON-TOULET, par MM. P. MINICONI, Ch. IMBERT et A. LAQUIÈRE.

Les Auteurs présentent dix cholécystographies minutées de face et de profil avec évacuation accélérée de la vésicule biliaire (3 blocages infundibulo-cystiques incomplets, 3 stases vésiculaires par blocage cystique serré, 4 vésicules irritables).

Ils insistent sur les avantages de cette méthode dans l'exploration fonctionnelle de la voie biliaire accessoire.

Ils soulignent les difficultés rencontrées dans l'interprétation de certains résultats apparemment paradoxaux, et pensent que la solution des problèmes ainsi posés ne saurait être apportée que par la généralisation de la méthode. C'est en multipliant les observations qu'apparaîtront sans doute des syndromes radiologiques encore mal connus, qui devront être confrontés avec les données de la clinique, du tubage duodénal, et, dans certains cas, de la radiomanométrie et de l'anatomie pathologique.

*
* *

De l'intérêt de l'examen anatomo-pathologique du coagulum des liquides synoviaux après inclusion, par A.C. LACROIX, A. SAYAG, Th. DOUARD.

Les Auteurs présentent 3 coupes choisies parmi celles qu'ils possèdent déjà : l'une du type plasmocytes + histiocytes — la seconde

polynucléaires + plasmocytes + rares histiocytes — la troisième polynucléaires; et attirent l'attention sur l'intérêt de la méthode. Ils pensent que l'étude parallèle sur les coupes après congélation doit permettre un examen histochimique plus poussé. (Centre Algérien de Rhumatologie et de Crénothérapie).

*
* *

Réticulo-sarcome de l'estomac, angiome du foie et lithiase biliaire, par MM. Miniconi, Ch. Imbert, Mme Mussini-Montpellier et M. A. Laquière.

Les Auteurs ont observé un cas de réticulo-sarcome de l'estomac dont ils présentent les documents radiographiques et anatomo-pathologiques.

Il s'agissait d'un indigène de 25 ans, hospitalisé dans un état cachectique et qui, depuis quatre mois seulement, présentait des douleurs épigastriques continues et des vomissements quotidiens. Les radiographies mirent en évidence outre des calculs vésiculaires spontanément visibles, une infiltration très étendue des courbes gastriques et une lacune antrale.

Lors de l'intervention, fut découvert un petit angiome du foie; la tumeur gastrique était inextirpable et le malade mourut quelques jours plus tard.

A propos de cette observation, les auteurs rappellent la très grande rareté du réticulo-sarcome de l'estomac et soulignent la rapidité d'évolution du cas rapporté.

SEANCE DU 1er AVRIL 1954

—o—

Les divers aspects de l'insuffisance hypophysaire. — Conférence d'actualité, par M. A. Huguénin.

Foie - Fer - Cobalt

TOT' HÉMA

8 gammas
Vitamine B12

Une à deux **ampoules buvables** par jour

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

INFORMATIONS

IVe Congrès de l'Association Internationale pour l'Etude des Bronches

Genève, 5 et 6 juin 1954

Au Programme de cet important congrès qui se tiendra à Genève les 5 et 6 juin 1954, sous la présidence d'honneur du Président de la Conférence suisse et sous la présidence effective du Professeur André Montandon, directeur de la Clinique universitaire d'Oto-Rhino-Laryngologie de Genève, figurent les rapports suivants :

I. La Vascularisation Sanguine des Bronches.

Rapporteurs :

Prof. H. Von Hayek (Autriche).
Prof. A. Bruni (Italie).
Prof. agr. M. Latarjet (France).

II. La Place Nosologique des Adénomes Bronchiques de Jackson.

Rapporteurs :

Prof. E. Huizinga (Hollande)
Prof. agr. P. Galy et Dr Renault (France).
Prof. A. Von Albertini (Suisse).

III. Indications et Résultats des Traitements Chirurgicaux des Dilatations Bronchiques.

Rapporteurs :

Dr Holmes-Sellors (Angleterre).
Dr J. Swierenga (Hollande).
Prof. A. Brunner (Suisse).

Tous les rapports et communications seront traduits *simultanément* en français, anglais et italien.

Le programme provisoire vient de paraître. Il peut être obtenu auprès du Secrétariat du Congrès : Clinique universitaire d'Oto-Rhino-Laryngologie, Hôpital cantonal, Genève.

Inscriptions · On est prié de s'inscrire d'ici au 1er *mai au plus tard.*

N.B. — D'autres réunions internationales étant prévues cet été à Genève (notamment la Conférence asiatique), *il est extrêmement important d'observer strictement ce délai d'inscription.*

——o——

4e Congrès Médical International d'Evian

les 2, 3 et 4 septembre 1955

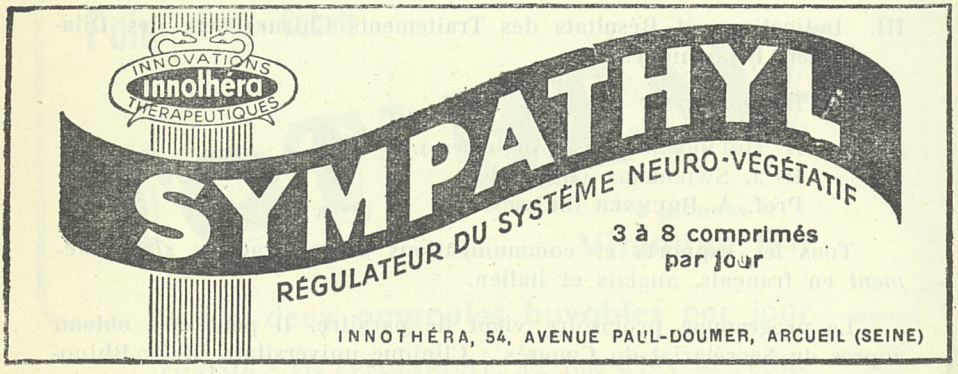
« LA LITHIASE URINAIRE »

Etude Biologique, Médicale et Chirurgicale

Président : Professeur L. de Gennes, Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine de Paris.

Vice-Président : Professeur J. Cibert, Professeur de Clinique Urologique à la Faculté de Médecine de Lyon.

Bureau scientifique · Professeur Agr. R. Küss, 152, Av. Victor Hugo - Paris 16e. — Docteur J. Courjaret, 5, Av. Léon Heuzey, Paris 16e. — Docteur P. Laouenan, Médecin Chef Directeur de l'Etablissement Thermal d'Evian. — Professeur Agr. Cl. Laroche, Secrétaire des Communications Scientifiques, 16, Rue Christophe Colomb - Paris 8e.



TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly - Tunis

Académie Duchenne de Boulogne

L'Académie Duchenne de Boulogne vient d'élire au 11e Fauteuil le Docteur Paul GUILLY.

Nous rappelons que l'Académie, composée de 12 membres, fondée le 1er juin 1937, placé sous le Haut Patronnage de Monsieur le Ministre de la Santé Publique et de la Population, a pour but :

1° D'honorer la Mémoire de Duchenne de Boulogne, praticien isolé qui, par ses découvertes, fit rayonner dans le monde, la Science Médicale Française;

2° De récompenser un travailleur indépendant, dont l'œuvre ou la création, ayant trait aux Sciences Médicales, sera la meilleure.

L'objectif des Fondateurs est de récompenser un travailleur qui, par ses propres moyens, à l'instar de Duchenne de Boulogne, aura fait progresser la Science Médicale.

Le prix annuel est attribué chaque année le 1er *jeudi de janvier*, à la suite d'un vote secret.

Les Mémoires inédits et non encore récompensés, dactylographiés en double exemplaire rédigés en langue française, doivent être adressés au Secrétariat de l'Académie, 37 bis, Bard Berthier, Paris XVIIe *avant le* 31 *octobre* de chaque année.

LABORATOIRE CHANTEREAU (INNOTHÉRA)
choline, papaïne
sels biliaires
boldo
EUCHOBYL
un
comprimé
à la fin des 3 repas
TROUBLES HÉPATO-BILIAIRES
TUNISIE : *SPECIMEDHY* — 37, rue d'Isly — TUNIS

LIVRES REÇUS

« *Pratique de l'Hibernothérapie* » en chirurgie et en médecine, par H. LABORIT et P. HUGUENARD, avec la collaboration de MM. G. Bastit, E. Bérard, H. Blum, Th. Boreau, J. Cahn, L. Campan, G. David, J. Déchen, A. Deschamps, M. Dubrasquet, H. Ey, R. Favre E. Forster, Mme S. Forster, G. Georges, R. Hugonot, J. Kunlin, G. Lazorthes, A. Maier, J.-M. Melon, R. Pierre, J. Rieunau-Serra. Préface de C. Jaulmes. Un volume de 256 pages, avec 13 figures (17 x 25 1.400 fr. MASSON et Cie, Editeurs, 120, Boulevard Saint-Germain, Paris-6e.

Ce livre avant tout pratique, réunit, autour des promoteurs de la méthode, des spécialistes qui ont adapté à leur discipline les éléments généraux de l'hibernothérapie. L'attitude thérapeutique nouvelle que constitue celle-ci doit répondre aux nécessités particulières qu'impose le polymorphisme de la clinique, des indications, des techniques dans chaque spécialité, alors que la réaction organique revêt dans chacune d'elles des caractères à peu près identiques.

L'étude expérimentale et clinique de la maladie traumatique et opératoire dont les auteurs ont cherché à minimiser les désordres, les a conduit à une conception d'une inhibition multifocale du système neuro-endocrinien, d'une mise en vie ralentie, qui se concrétisa quelque temps sous la forme de l'anesthésie potentialisée, dont les bases sont toujours valables et qui peut être classée parmi les méthodes d'hibernothérapie. L'hypothermie fit faire un pas de plus à la méthode et réalisa l'hibernation artificielle. Il n'y a là que question de degré; le principe reste le même. Il paraît valable pour toute la pathologie, comme les résultats de plus en plus nombreux semblent le montrer.

A côté des disciplines chirurgicales (chirurgie générale, choc traumatique, chirurgie pulmonaire, neuro-chirurgie et obstétrique) on trouvera la technique adaptée aux disciplines médicales (pédiatrie, psychiatrie, médecine générale, intoxications).

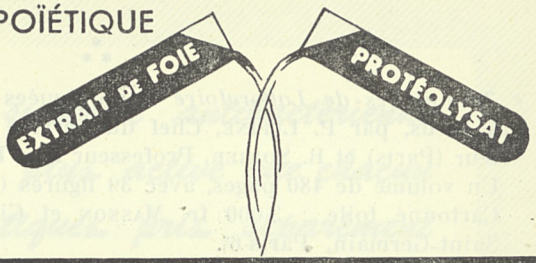
Méthode thérapeutique neuve, un recul de près de trois ans n'est cependant pas encore suffisant pour en apprécier toute la valeur dans certaines indications particulières, qui ne sont encore qu'ébauchées.

Le livre vient cependant à son heure, car si dans une conception dynamique, rien ne peut jamais être définitif et qu'il est certain que la technique doit encore grandement évoluer, il était indiqué cependant de fixer les notions acquises, tant pour éviter les erreurs de néophytes imprudents, que pour permettre à certains de profiter d'une méthode qui a sauvé plus d'un malade dans un état désespéré.

Il était enfin indispensable d'en préciser les indications actuelles, les difficultés et les échecs sans quoi aucun progrès valable ne peut être fait — aussi bien que d'en montrer les avantages.

Cet ouvrage attendu rendra service à tous ceux qui veulent tirer bénéfice dans leur discipline des résultats acquis.

SYNERGIE HÉMATOPOÏÉTIQUE



PROTIGÉNYL

MÉDICATION STIMULANTE ÉNERGIQUE

Toutes les indications des extraits de foie et des protéolysats en Médecine :

ANÉMIE de BIERMER
PROTIGÉNYL FORT, 1 à 3 amp. par jour

ANÉMIES MOYENNES et LÉGÈRES
ASTHÉNIES, CONVALESCENCES
PROTIGÉNYL FORT, puis NORMAL et GRANULÉ

PRÉTUBERCULOSE, RACHITISME
SUPPOSITOIRES et GRANULÉ

en Pédiatrie :

GASTRO-ENTÉRITE du NOURRISSON
SOLUTION INGÉRABLE STÉRILE spécialement dosée

en Chirurgie :

PRÉPARATION PRÉ-OPÉRATOIRE
PROTIGÉNYL FORT et GRANULÉ à haute dose (100 à 300 g par jour)

5 formules

INJECTABLE FORT
Extrait purifié de **200 g** de foie frais et 0,25 g de protéolysat par amp. de 5 cm 3

INJECTABLE NORMAL
Extrait purifié de 30 g de foie frais et 0,25 g de protéolysat par amp. de 5 cm 3

GRANULÉ
Extrait purifié de 36 g de foie frais et 2,70 g de protéolysat par cuillerée à soupe

SUPPOSITOIRES
Extrait purifié de 30 g de foie frais, 0,25 g de protéolysat, gluconate de calcium, et Vitamine D_2

SOLUTION POUR NOURRISSONS
Extrait purifié de 20 g de foie frais et 0,40 g de protéolysat par amp. à ingérer

LABORATOIRES RONCHÈSE - NICE

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

*
* *

« *Techniques de Laboratoire* » appliquées au dignostic des Maladies à Virus, par P. LÉPINE, Chef du Service des Virus à l'Institut Pasteur (Paris) et R. SOHIER, Professeur à la Faculté de Médecine (Lyon). Un volume de 480 pages, avec 39 figures (17 x 25). Broché : 2.400 fr. Cartonné toile : 3.000 fr. MASSON et Cie Editeurs, 120, Boulevard Saint-Germain, Paris-6e.

Si la seule observation clinique et les anamnestiques permettent assez souvent de faire le diagnostic d'une infection à virus (fièvres éruptives, parotidite ourlienne, paralysies de la poliomyélite infectieuse, maladie de Nicolas-Favre, etc...), il est aussi fréquent d'observer des formes atypiques dont l'étiologie est beaucoup plus difficile à préciser, ou plus souvent encore des syndromes pouvant relever d'étiologies multiples parmi lesquels trouvent place les infections à virus : c'est le cas, par exemple des pneumopathies primitives à virus prises à tort pour des infections bactériennes ou pour certaines formes de la tuberculose; des méningites lymphocytaires à virus; des adénopathies; de l'ornithose, etc... Il arrive aussi que l'on attribue à tort à des virus des affections dues en fait à d'autres microorganismes.

Le progrès accomplis depuis quelques années dans les connaissances sur les virus ont permis d'étendre considérablement les moyens d'investigation et de diagnostic, et d'éviter grâce aux nouvelles méthodes biologiques des erreurs aux conséquences parfois graves.

En particulier, les méthodes d'isolement et de culture des virus, la préparation d'antigènes spécifiques, permettent aujourd'hui d'appliquer aux maladies à virus de l'homme des procédés diagnostiques qui dans leur essence ne diffèrent pas fondamentalement des méthodes couramment employées pour le diagnostic des infections causées par des bactéries.

Nombre de ces techniques mises au point depuis peu mettent à la portée de la plupart des laboratoires convenablement équipés et entraînés la possibilité d'un diagnostic à la fois précoce et précis.

C'est le but de cet ouvrage, qui s'adresse aux cliniciens et aux travailleurs de laboratoire, de les aider dans ces recherches et examens. Il leur présente les techniques relatives à l'isolement des virus, la mise en évidence des anticorps spécifiques ou éventuellement certaines réactions cutanées.

Les biologistes y trouveront le détail des méthodes de laboratoire avec toutes les indications relatives à leur mise en œuvre. Les cliniciens pourront s'y reporter pour connaître les conditions dans lesquelles on peut faire appel aux techniques biologiques, grâce à un court rappel clinique précédant chacun des chapitres, les conditions dans lesquelles ils devront effectuer les prélèvements et les faire parvenir au laboratoire, enfin les modalités d'interprétation des résultats qui leur seront donnés.

...Nouvelle synergie antibactérienne
3 à 4 fois plus active que chacun
des antibiotiques pris séparément

TRISULFAZINE - AURÉOMYCINE
THÉRAPLIX

★

L'ANTIBIOTIQUE DE CHOIX DANS

COMPLICATIONS GRIPPALES
ANGINES - SINUSITES
INFECTIONS URINAIRES
BLENNORRAGIE
BRUCELLOSES
DYSENTERIES BACILLAIRES

★

PRÉSENTATION : 12 COMPRIMÉS DOSÉS A

SULFADIAZINE	0,167 g.
SULFAMÉRAZINE	0,167 g.
SULFADIMÉRAZINE	0,167 g.
AURÉOMYCINE (CHLORHYDRATE D').	0,125 g.

POSOLOGIE : 4 A 6 COMPRIMÉS PAR JOUR CHEZ L'ADULTE

98, RUE DE SÈVRES - PARIS (VII°)

THERAPLIX

AGENCES THERAPLIX POUR L'AFRIQUE DU NORD
ALGER : 100, Rue Michelet
CASABLANCA : 246, Boulevard de la Gare
TUNIS : 56, Avenue Jean-Jaurès

Essentiellement consacré aux techniques de diagnostic, l'ouvrage décrit les méthodes de laboratoire, mais laisse de côté toute étude théorique ou didactique des virus. Parmi les techniques modernes, il s'attache plus particulièrement à celles que les Auteurs ont choisies pour leur rigueur et leur clarté comme pour leur commodité pratique d'exécution.

Les techniques décrites en détail sont celles qui ont, outre leur notoriété, subi au cours de l'expérience des Auteurs l'épreuve pratique de centaines de diagnostics, et fait la preuve de leur valeur. Mais, l'ouvrage est cependant assez complet pour permettre au lecteur de connaître l'existence, à côté des méthodes recommandées, d'autres moins pratiques ou moins en usage, mais qu'il convient de ne pas ignorer. C'est un guide et un aide-mémoire nécessaire à tout laboratoire biologique et qui rendra les plus grands services aux médecins.

*
* *

Toxicité pour l'homme de certains pesticides, par J. M. BARNES, B.A., M.B. — Organisation Mondiale de la Santé : Série de Monographies, N° 16, 141 pages; prix : Fr. frs 480, Fr. s. 6, 7/6, $ 1,50. Il existe également une édition anglaise.

L'utilité des pesticides est hors de discussion, qu'il s'agisse de prophylaxie médicale ou de protection des récoltes; néanmoins, depuis quelque temps, l'opinion s'inquiète des dangers inhérents à l'utilisation de ces produits. Si l'on emploie depuis de nombreuses années des insecticides, des fongicides et des rodenticides toxiques, on sait peu de chose sur le mode d'action de ces préparations, même les plus courantes. Or, l'apparition de nouveaux produits chimiques destinés à combattre divers fléaux animaux ou végétaux a récemment fait ressortir la nécessité d'une revue générale les connaissances concernant les dangers effectifs et virtuels de ces composés pour l'homme. L'Organisation Mondiale de la Santé vient de faire paraître une étude de ce genre, qui est accompagnée d'une importante bibliographie méthodique des travaux publiés sur les effets toxiques des pesticides chez l'homme et les mammifères.

L'auteur examine les risques auxquels sont exposés les ouvriers qui fabriquent les substances actives et les préparations commerciales, les travailleurs agricoles et les agents sanitaires qui emploient les produits finis, de même que le grand public qui peut rencontrer des traces de pesticides sur les aliments naturels ou industriels livrés à la consommation. L'auteur conclut : « Aucun des produits actuels n'est en lui-même assez toxique pour que son emploi comporte toujours un danger ». Toutefois, il est indispensable de procéder à des recherches plus complètes. Cet ouvrage énonce les principes généraux à appliquer pour combattre les dangers que peuvent faire courir les pesticides;

Contre les

infections intestinales

Enfants : 20 à 50 gouttes
Adultes : 50 à 200 »
par jour dans un liquide quelconque avant les repas

ANIODOL INTERNE

Remboursable A. S.

Laboratoires de l'Aniodol
3 à 9, Rue des Alouettes
NANTERRE

il recommande que, dans le monde entier, l'on recueille des renseignements sur les accidents consécutifs à l'utilisation de ces produits; il formule, enfin, des propositions détaillées sur les travaux à entreprendre (enquêtes, analyses chimiques, expériences). Tous ceux qui s'intéressent à la santé, à l'agriculture, à l'industrie ou aux questions de main-d'œuvre consulteront avec fruit cette monographie, qui pourra leur servir de base pour de futures études.

*
* *

Activité de l'O.M.S. en 1953 : *Rapport annuel* du Directeur général à l'Assemblée Mondiale de la Santé et aux Nations Unies. Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé, N° 51, 190 pages. prix : 10 L., $ 1,50, Fr. s. 6. 16 pages de photographies. Existe également en version anglaise.

Les progrès et les résultats enregistrés par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1953, malgré les crises financières qui se sont produites pendant l'année, sont décrits dans le Rapport annuel du Directeur général de l'O.M.S., le Dr Marcolino Candau.

Dans son introduction au Rapport, le Dr Candau déclare que ces réalisations reflètent « l'accroissement d'efficacité qui est résulté du fait que l'Organisation a pris plus clairement conscience des moyens par lesquels elle peut contribuer au progrès de la santé et de la prospérité ». Les mesures d'urgence, qui étaient caractéristiques de l'action de l'O.M.S. dans le passé, ont été peu à peu abandonnées au profit de programmes à long terme soigneusement conçus; des projets sanitaires d'ensemble incitent les gouvernements à établir à l'avance des plans bien étudiés et encourageant les pays, où les services de santé sont encore peu développés, à asseoir dès le début leur organisation sanitaire sur des bases solides

Le Directeur général met en évidence les relations étroites qui existent entre la santé et le développement économique et social. L'action de l'O.M.S. en faveur de la santé mondiale est un « élément, certes essentiel et central, mais un élément seulement du vaste domaine où s'exercent les efforts nationaux et internationaux, en vue d'améliorer l'ensemble des conditions économiques et sociales dans le monde ».

Le Dr Candau achève son introduction en rendant hommage à son prédécesseur, le Dr Brock Chisholm, premier Directeur général, qui s'est retiré en juillet 1953.

La première partie du Rapport donne, sujet par sujet, un aperçu général de l'activité de l'Organisation et esquisse les grandes lignes de sa politique future. Un premier chapitre traite des travaux accomplis, à propos des maladies transmissibles qui posent encore de sérieux problèmes sanitaires et économiques dans de nombreuses parties du monde, notamment dans les régions insuffisamment développées. Les initiatives prises à cet égard sont extrêmement variées, depuis les campagnes de masse contre les tréponématoses jusqu'aux études et aux

expériences d'application sur l'homme dans le cas de maladies telles que la poliomyélite, la grippe et la brucellose, qui sont trop imparfaitement connues pour que l'on puisse envisager de les combattre par des mesures de prophylaxie sociale. En pareil cas, des recherches coordonnées sur le plan international peuvent parfois donner des résultats plus rapides que les travaux accomplis isolément sur le plan national.

La variété et le nombre impressionnant de cours, de colloques, de tournées de conférences et de démonstrations qui ont été organisées dans les six Régions de l'O.M.S. témoignent de l'importance attachée à la formation de personnel médical et paramédical compétent dans toutes les branches du travail sanitaire. En fait, la plupart des projets de l'O.M.S. comportent implicitement la formation de personnel local.

Des conférences techniques régionales ont permis des confrontations de renseignements et la discussion de problèmes sanitaires présentant un intérêt particulier pour un ensemble de territoires donnés : c'est ainsi que la conférence régionale africaine sur l'enseignement infirmier a été une première étape dans l'échange de renseignements, sur les problèmes infirmiers propres à ce continent; la nutrition a fait l'objet de deux conférences régionales, l'une en Indonésie et l'autre au Venezuela, et l'éducation sanitaire de la population a aussi fait l'objet de deux conférences tenues respectivement à Mexico et à Londres; quant à la remarquable conférence asienne sur le paludisme — la première du genre — elle a traité de l'extension éventuelle des projets antipaludiques locaux à l'ensemble du continent.

D'autres chapitres de la première partie du Rapport exposent les résultats, les tendances et les faits nouveaux enregistrés dans certains domaines, tels que les services de santé publique, les recherches sur la tuberculose, les médicaments et autres substances thérapeutiques, les statistiques épidémiologiques et sanitaires. Parmi les événements qui méritent d'être signalés figurent la première conférence mondiale de l'enseignement médical organisée par l'Association médicale mondiale, avec l'aide de l'O.M.S., et la conférence des commissions nationales de statistiques démographiques et sanitaires, qui a fait largement progresser les efforts de l'O.M.S. en vue d'améliorer et d'uniformiser la présentation des statistiques. L'application du nouveau Réglement sanitaire international s'est pousuivie de façon satisfaisante, sans qu'aucun problème ou différend sérieux n'ait été soulevé.

La deuxième partie du Rapport passe en revue la grande diversité des travaux accomplis dans les six Régions : Afrique, Amériques, Asie du Sud-Est, Europe, Méditerranée orientale et Pacifique occidental. Des projets caractéristiques sont décrits en détail et les besoins et les problèmes particuliers à la Région sont examinés.

La portée pratique de la multitude d'activités entreprises dans le monde par l'O.M.S., souvent en collaboration avec d'autres organisations, apparaît clairement dans la liste détaillée de quelque 350 projets qui conclut le Rapport.

aéïne

ANXIÉTÉ - ÉMOTIVITÉ
INSOMNIE - NERVOSITÉ
EXCITABILITÉ

SUPPOSITOIRES 1 à 2 } par jour
COMPRIMÉS 6 à 12 }

aéïne *vitaminée* B1

DYSTONIES NEURO-VÉGÉTATIVES
NÉVRALGIES - ANXIÉTÉ

COMPRIMÉS
6 à 12 par jour

LABORAL • LABORATOIRES DE L'AEINE, 6 Pl. Clichy, PARIS-9e • PIG. 63-03

La lyophilisation

conserve les principes biologiques de la plante

Acide Folique - Carotène - Chlorophylles A et B
Vitamines B - C - D - K - P P - Fer - Calcium
Magnésium - Potassium.

ANÉMIES FERRIPRIVES - ANÉMIES
HYPOCROMES - AVITAMINOSES
DÉMINÉRALISATION - HYPOTENSION

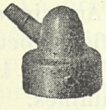
POTENTIALISE L'ACTION DE LA VITAMINE B 12

SPINACIA PROBIOS

BOITE DE 7 AMPOULES ET COFFRET DE 21 AMPOULES - REMBOURSÉ A. S.

J. LESQUENDIEU, Pharmacien

LABORATOIRES PROBIOS, 4, Rue de Miromesnil, PARIS (8e)



Bouchon stilligoutte M. S. Bré S. G. D. G.

INDICATIONS : **O. R. L. :** CORYZA - SINUSITES - GRIPPES
Adultes : 2 % ou Éphédriné
Enfants : 1 %
Otites : 5 %
YEUX : Nouveaux Nés 2 %
CONJONCTIVITES PURULENTES 5 %

STILLARGOL à 1 %, 2 %, 5 %

PROTÉINATE D'ARGENT

SÉDATIF
DÉCONGESTIF
ANTISEPTIQUE

ET STILLARGOL ÉPHÉDRINÉ à 1 %

R. C. S et O. 50.985 B **Labres MAYOLY-SPINDLER**, 16, Av. des Châteaupieds, RUEIL (S. et O.) TÉL. : MAL 06-27

Seize pages de photographies illustrent l'aspect clinique et l'aspect humanitaire du travail de l'O.M.S., dans de nombreux pays. Enfin, le Rapport est accompagné d'un certain nombre d'annexes, qui présentent, sous forme de listes et de tableaux, des renseignements demandés par les organismes officiels chargés d'examiner le Rapport, c'est-à-dire l'Assemblée Mondiale de la Santé et le Conseil Economique et Social des Nations Unies.

*
* *

A Handbook of Diseases of The Skin — 2e édit. par H.O. MACKEY (de Dublin) — MACMILLAN et Cie. Ltd. Edit. St Martin's Street, London W.C. 2. — I vol. relié de 207 pages plus appendices, abondamment illustré 7/6 sh.

Ce n'est pas un traité, c'est un manuel ou plutôt un guide clair, concis et pratique. L'étudiant comme le médecin y trouvent un enseignement facile à absorber, un renseignement vite trouvé des images excellentes « qui parlent ». L'auteur ne s'est embarrassé d'aucun développement inutile ni d'une compilation abusive, ni même de trop savantes documentations qui découragent le plus souvent le lecteur. Une saine clinique avec une semeiologie soignée, une thérapeutique choisie et simplifiée, un style direct et vivant, telles sont les caractéristiques d'un ouvrage qui prétend surtout à une saine pédagogie et à l'efficience.

« VIENT DE PARAITRE »

Les monographies médicales et scientifiques — Directeur : Dr Jean GARNIER, 20, rue des Saints-Pères, Paris 7e.

Endocrinologie — Fascicule 1 (*Les Parathyroïdes*), par les Docteurs GILBERT-DREYFUS et MAMOU, 76 pages, 28 clichés radiographiques, N° spécial : 200 fr. — Fascicule 2 (*Les Surrénales*), par les Drs GILBERT-DREYFUS et SCHILLER, 108 pages, nombreux schémas et tableaux, N° spécial : 200 fr.

Les maladies des veines, par les Drs TOURNAY, MARMASSE, SAGLIO et VIEVILLE, 136 pages, 25 photographies et 20 dessins, N° spécial : 200 francs.

Gynécologie — Fascicule 6, par le Dr SALVANET, 128 pages, 100 fr. Ce numéro, qui contient un index alphabétique général, termine la série de Gynécologie. Il a été prévu pour cette série un luxueux classeur en polyvinyl (prix 650 fr. + 10 % pour les frais d'envoi).

Thérapeutique — Fascicule 2, (*Les médicaments du rein et de vessie*), par les Drs FRUCTIER, LECLERC et LARIVIÈRE, 128 pages, 100 fr.

Imp. N. BASCONE & S. MUSCAT — 41, Avenue de Londres — TUNIS
Le Gérant : L. LEMOINE — 8, Place du 7 Mai 1943 — TUNIS

Pour tous vos imprimés

Adressez-vous à

L'IMPRIMERIE

BASCONE & MUSCAT

41, Avenue de Londres - TUNIS

Tél. 18.69

MÉDICATION
BIO-ÉNERGÉTIQUE
COMPLÈTE

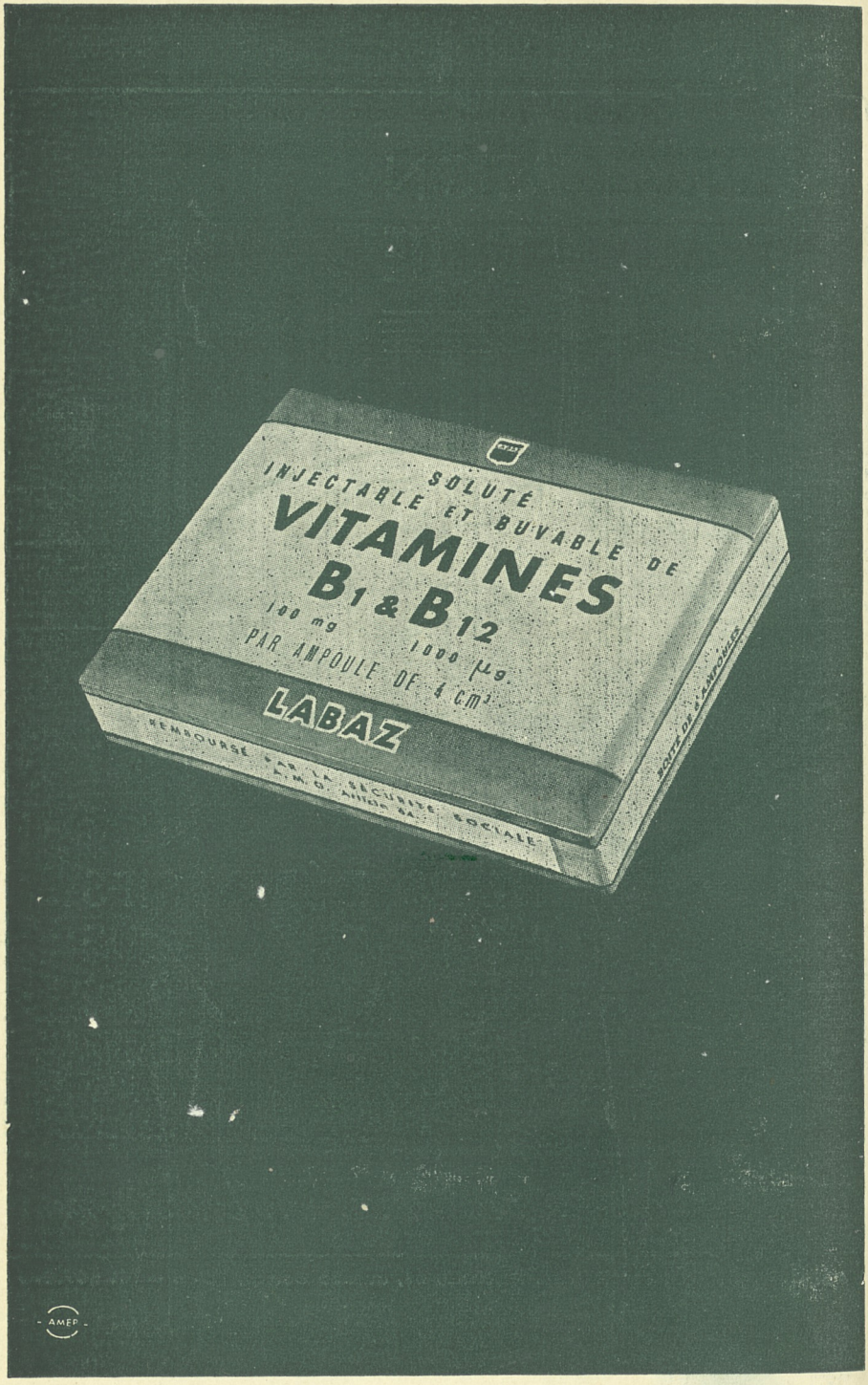


ÉTATS DÉPRESSIFS
USURE ORGANIQUE
NEURO-ARTHRITISME

RÉSULTAT IMMÉDIAT
INNOCUITÉ ABSOLUE

ÉCHANTILLONS ET LITTERATURE : **LABORATOIRES "LA BIOMARINE"**, DIEPPE

AGENT GÉNÉRAL POUR LA TUNISIE : **Ets NOTE, 61, avenue Garros, TUNIS – Tél. : 97.090**



TUNISIE : Ets Note — 61, Avenue Garros — TUNIS - Tél. 97-090

N° 5 Mai 1954

Numéro réservé aux Conférences organisées par la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Tunisie.

LA TUNISIE MEDICALE

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

et

BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI RÉUNIS

Siège Social : 25, Avenue de Paris — TUNIS

GADÉOL 20

AMPOULE
BUVABLE
SUPPOSITOIRES

VITAMINOTHERAPIE D ET A
SANS RISQUE D'HYPERVITAMINOSE

Biosedra

LABORATOIRE BIOSEDRA - 60, RUE DE ROME - PARIS-8e

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

BIPHÉDRINE

PÉNICILLINE

HUILEUSE AQUEUSE

EPANAL

COMPRIMÉS

SUPPOSITOIRES 1 · 2 · 3 · 5 · 10

NÉO-CODION

SUPPOSITOIRES

GOUTTES DRAGÉES

GASTRO-SODINE

PLURIBIASE

LABORATOIRES DU DOCTEUR E. BOUCHARA, 47, RUE DE BRETAGNE, PARIS IIIe

XXXXIIe ANNÉE - No 5
Mai 1954

LA TUNISIE MÉDICALE

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

et

BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI RÉUNIS

Comité de publication

— Le Rédacteur en Chef ..... Dr M. Uzan
— Le Rédacteur en Chef Adjoint ..... Dr J. Cuénant
— Le Président de la Société des Sciences Médicales ..... Dr Dupoux
— Messieurs les ..... Dr H. Bonan, Dr M. Hadjoudj

Comité de lecture

— Le Secrétaire de la Société des Sciences Médicales ..... Dr A. Sebag
— Le Secrétaire du Conseil de l'Ordre . N.....
— Le Secrétaire du Syndicat Médical Français et Tunisien ..... Dr H. Coursières
— Le Secrétaire du Syndicat des Médecins Tunisiens..... Dr M. Azaïz

Administration : L. Lemoine, 8, passage du 7 Mai — Tunis
Téléphone : 72-55

Publicité pour la France : **Stéphane BATARD**
4, Place de l'Hôtel de Ville - Le Raincy (S.-et-O.)
et 8, Rue Montyon - Paris IXe - Téléph. Provence 68.60

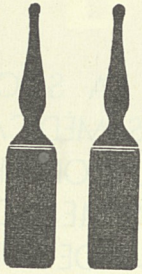
Reproduction interdite
Tous droits réservés pour tous pays

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

DIHYDROSTREPTOMYCINE DIAMANT

solution prête pour injection

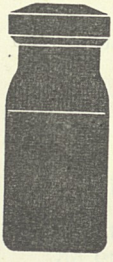
EN TROIS PRÉSENTATIONS



1 g. de Dihydrostreptomycine
= *boite de 2 ampoules de 0,50 g. chaque.*



1 g. de Dihydrostreptomycine
= *flacon de 2 cc.*



1 g. de Dihydrostreptomycine
= *flacon de 4 cc.*

SOCIÉTÉ DES ANTIBIOTIQUES DE FRANCE
67 Boulevard Haussmann - Paris 8e

DIAMANT

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

SOMMAIRE (1re Partie)

PAGES

Message de M. le Professeur P. LANTUEJOUL 439

Préface de M. le Docteur J. SCEMLA 441

L'hibernation en pathologie néonatale, par M. LACOMME (paru dans la T.M. 9 novembre 1953 - Pages 757-779)

Le syndrome douloureux ostéo-musculo-articulaire abdomino-pelvien bénin des femmes enceintes, par M. LACOMME 443

La surveillance biologique de la gestation, par M. LACOMME . . 461

Sur une technique nouvelle d'analgésie obstétricale-l'analgésie potentialisée, par M. LACOMME 483

Interruption spontanée de la grossesse-test cytologique de l'évolution et de contrôle du traitement, par R. MERGER 497

Le traitement de la maladie gravidique tardive, par R. MERGER 517

RÉGULATEUR HÉPATO-INTESTINAL

TAXOL-MÉTHIONINE

LAXATIF
CHOLÉRÉTIQUE
CHOLAGOGUE
ANTISPASMODIQUE

HÉPATO-PROTECTEUR
ANTISTÉATOGÈNE
ANTINÉCROTIQUE
ANTITOXIQUE

INDICATIONS

CONSTIPATION - INSUFFISANCE HÉPATIQUE - ALLERGIE ALIMENTAIRE

Remboursable par la Sécurité Sociale

LOBICA

LABORATOIRES LOBICA · 25, RUE JASMIN · PARIS-16e

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

Thérapeutique Vaso-constrictive des Troubles circulatoires veineux des deux sexes

FLUXINE "P"

3 Formes

GOUTTES - DRAGÉES - SUPPOSITOIRES

COMPOSITION

INTRAIT DE MARRON D'INDE DAUSSE, TITRÉ EN AESCULOSIDE (Vitamine P) — **ALCOOLATURE D'ANÉMONE PULSATILLE** (plante fraîche) — **NOIX VOMIQUE...**

INDICATIONS

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

POSOLOGIE

X Gouttes (ou **1 dragée**) **3 fois par jour.**
Cas douloureux : 100 à 300 gouttes
1 Suppositoire le soir - Cas aigus : 3 suppos. par 24 h.

PRODUITS BONTHOUX
VILLEFRANCHE-sur-SAONE (Rhône)

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

SOMMAIRE (2me partie)

PAGES

Traitement actuel de la septicémie à perfringens, par R. MERGER 533

Les accidents consécutifs aux pexies utérines - Traitement chirurgical de la rétroversion utérine - Résultats éloignés de l'oblitération du Douglas, par R. MERGER 533

Cervicites, dysplasies et cancer du col utérin, par R. PALMER .. 565

Les stérilités par insuffisance de pénétration spermatique, par R. PALMER 583

Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Tunisie 594

A propos de 15 cas d'éclampsie, par G. VALENSI 595

Cancer du col et grossesse, par H. JAHAN 605

Sur deux cas d'éclampsie traités par l'hibernation artificielle, par J. SCEMLA, L. FOUQUET et VAILLANT 611



TUNISIE — **M. H. BONAN** — 34, Rue de Marseille — TUNIS

BIPENICILLINE Sarbach

SUSPENSION INSTANTANÉE STABLE
AUCUNE ADHÉRENCE AU VERRE
AUCUNE PERTE A L'EMPLOI
AUCUN RISQUE D'OBSTRUCTION DES AIGUILLES

3 DOSAGES

ASSURANT L'IMPRÉGNATION
ANTIBIOTIQUE RETARD MAXIMUM

SUIVANT POIDS DU MALADE	UNE INJECTION PAR 24 H.
Jusqu'à 50 Kgs	BIPENICILLINE SARBACH 400.000
	BIPENICILLINE SARBACH 500.000 SI UN CLOCHER PÉNICILLINIQUE IMMÉDIAT PLUS ÉLEVÉ EST NÉCESSAIRE
au dessus de 50 Kgs	BIPENICILLINE SARBACH 800.000

Sarbach

CHATILLON SUR CHALARONNE
AIN TÉL. 24

RAY-BAC

Pub. S. B.

PHARMOFFICE : 1, Boulevard Bugeaud — ALGER.
Diffusion Pharmaceutique Marocaine : 62, Rue St-Saëns — CASABLANCA.
SARRABIA : 35, Boulevard Vauban — MONTFLEURY - TUNIS (Tunisie).
BONNIOT : 37, Rue Miche — SAIGON (Indochine).
GUIGON : Boîte Postale 513 — DAKAR (Sénégal).
SO.A.C.I.A : Boîte Postale 815 — ABIDJEAN (Côte d'Ivoire).
LABOREX : Boîte Postale 872 — DAKAR (Sénégal).
Coopérative Pharmaceutique Martiniquaise : Boîte postale N° 362 — FORT DE FRANCE (Martinique).

J'AI eu le plaisir de passer une semaine à Tunis, en 1952, après la clôture du XVe Congrès de la Fédération des Gynécologues et Obstétriciens de langue française.

Mes collègues gynécologues-accoucheurs, SCEMLA, VALENSI, et JAHAN m'avaient invité à visiter les services hospitaliers et à faire quelques conférences soit dans les hôpitaux soit à la Société des Sciences Médicales présidée par M DANA. J'ai dit ailleurs le souvenir que j'ai conservé de ces quelques jours, souvenir émouvant et réconfortant.

Aujourd'hui, je voudrais insister sur l'extrême intérêt de ces rencontres entre collègues, séparés peut-être dans l'espace, mais tellement unis par les modalités de leur existence vouée à une même discipline. Exposer les aspects, peut-être nouveaux, de questions éternelles, à son intérêt. Mais, converser ensemble aux chevets des malades confronter les opinions d'amis qui travaillent les mêmes problèmes avec des éléments modifiés par le climat, la race, les habitudes, les possibilités de tous ordres, là est l'élément passionnant, car tous apprennent, s'enrichissent. Rien ne peut remplacer ces matinées hospitalières qui font le meilleur de notre vie. J'ai compris à Tunis l'ostéomalacie; j'y ai acquis la notion des sutures possibles d'un utérus déchiré, que nous enlevions sans scrupule. J'ai essayé de payer ma dette en exposant de mon mieux ce que nous pensions des méthodes obstétricales actuelles, des cardiaques enceintes, des prématurés, etc. Cet enseignement mutuel, ou plutôt cette confrontation de nos opinions réciproques, constitue une technique irremplaçable : les livres les meilleurs ne peuvent y être comparés.

Il faut féliciter hautement la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Tunisie d'avoir su organiser ces rencontres entre médecins lointains et collègues Tunisiens, grâce à l'appui bienveillant des Hautes Autorités de la Régence et en particulier LL. EE. les Docteurs GHACHEM et BEN SALEM, Ministres de la Santé Publique et Membres d'Honneur de la Société.

Il faut remercier de tout cœur l'Institut des Hautes Etudes de son amical patronage ainsi que la Société des Sciences Médicales de Tunisie qui a su réserver aux hôtes de passage un accueil aussi sympathique.

La Société de Tunisie est la dernière née de toutes les Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de langue française. Mais elle a su se classer d'emblée parmi les plus actives.

En tant que Président d'Honneur je tiens à féliciter son président, mon ami SCEMLA.

Professeur P. LANTUEJOUL.

Membre de l'Académie de Médecine

BRONCHITES
GRIPPES
AFFECTIONS PULMONAIRES

●

Laboratoires
F. BOUCHARD
6, rue Anna-Jacquin
BOULOGNE (Seine)



TUNISIE : Ets NOTE — 61, Avenue Garros — TUNIS Tél. : 97.090

LA Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Tunisie a organisé depuis sa création un enseignement post graduel, sous le Haut Patronage de l'Institut des Hautes Etudes et avec la collaboration confiante de la Société des Sciences Médicales de Tunisie.

Le premier cycle de conférences a été inauguré en Mai 1952 par Monsieur le Professeur LANTUEJOUL, Président d'Honneur de la Société. Tout le corps médical a gardé le souvenir de ses leçons magistrales et des brillantes discussions, des observations des malades qui lui ont été présentés dans les maternités des hôpitaux de Tunis.

L'année suivante Monsieur le Professeur LACOMME Professeur de clinique obstétricale de la Faculté de Paris a bien voulu se rendre à l'invitation de la Société pour lui prodiguer son prestigieux enseignement.

Enfin très récemment Monsieur le Professeur agrégé R. MERGER et Monsieur R. PALMER Chef de Clinique de la Faculté de Paris nous ont entretenus à leur tour, et avec quel éclat, de questions d'actualités gynécologiques et obstétricales.

Toutes ces manifestations ont suscité un très vif intérêt et ont été particulièrement appréciées non seulement des gynécologues et accoucheurs mais de tout le corps médical de Tunisie; leur succès nous invite à persévérer et à multiplier dans la mesure du possible nos invitations.

Afin de diffuser cet enseignement, Monsieur le Docteur Maurice UZAN, rédacteur en chef de la Tunisie Médicale, a bien voulu nous offrir une large hospitalité et réserver un numéro entier pour la publication de textes inédits de conférences.

La Société de Gynécologie et d'Obstétrique lui exprime sa très sincère reconnaissance, ainsi qu'à Monsieur LEMOINE, administrateur de la revue, et les remercie très vivement de ce geste qui permet ainsi de mettre des documents si précieux à la portée du Corps Médical de Tunisie.

Le Président.

Dr : J. SCEMLA.

CALCIUM CORBIÈRE Buvable

LABORATOIRES CORBIÈRE · 27, RUE DESRENAUDES · PARIS 17e ·

VITAMINÉ
C.D & PP

AMPOULES DE 10cc
BOITE DE 8 AMPOULES
COFFRET DE 24

Sucré, aromatisé au citron
Remboursé par la S.S.

1 à 3 ampoules par jour

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

Ed. du CARQUOIS

Le pansement de marche

ULCÉOPLAQUE

du Docteur Maury

CICATRISE

- **PLAIES ATONES**
- **ESCARRES**
- **ULCÈRES VARIQUEUX**

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

ULCÉOPLAQUE
2 DIMENSIONS :
ULCÉOPLAQUE N° 1 5×6 cm.
ULCÉOPLAQUE N° 2 7×9 cm.



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

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

LABORATOIRE SÉVIGNÉ - R. MAURY. Ph., 76, r. des Rondeaux - PARIS

Le syndrome douloureux ostéo-musculo articulaire abdomino-pelvien bénin des femmes enceintes

—o—

Quelques faux syndromes chirurgicaux au cours de la grossesse

par M. LACOMME

——o——

(*Conférence faite en mars 1953*)

Nous connaissons tous les difficultés de poser un diagnostic voire une indication opératoire dans les syndromes abdomino-pelviens plus ou moins aigus. Appendicite ? Occlusion ? Torsion de kyste ? Annexite ? Pyélite ? Notre embarras est quelquefois grand. Et, quand la femme est enceinte nous avons à évoquer en plus et suivant les époques, l'hypothèse d'un avortement, d'une ectopique ou parfois d'un simple début de travail prématuré.

Ça n'est pas d'un signe plus ou moins personnel et infaillible permettant de choisir entre ces éventualités que je veux vous parler aujourd'hui. Je vais au contraire compliquer un peu la question ! Car je viens vous demander d'ajouter à tous les syndromes classiques que vous connaissez, un syndrome que beaucoup ne connaissent pas (1) :

— syndrome lié la grossesse;
— beaucoup, infiniment plus fréquent que tous les autres;
— qui peut les simuler tous et être ainsi l'occasion de très sérieuses erreurs de diagnostic.

Ce syndrome pourrait être appelé : syndrome douloureux osteo-musculo-articulaire abdomino-pelvien bénin des femmes enceintes. C'est un titre assez exactement évocateur. Mais c'est bien long. L'habitude de mon service a réduit cette appellation démesurée à trois mots : Syndrome Douloureux Pelvien. C'est certainement trop restreint, mais c'est une abréviation valable.

Quel que soit le nom que vous lui donniez, le syndrome est en tout cas d'une extrême fréquence, tellement même que nous n'y prenons plus garde. Qu'une femme enceinte se plaigne un peu du bas ventre et des reins est devenu pour nous si habituel que nous finissons par considérer cela comme naturel et que nous n'y prêtons aucune attention. Or, je crois que cela n'est pas naturel du tout : ces petites misères que la plupart des femmes supportent comme une rançon inéluctable de leur gravidité, ne sont que les formes frustes du syndrome;

(1) J'en ai donné la première description avec mon élève B. JAMAIN, Bulletin Médical du 15 juillet 1942.

leur importance pour notre enseignement est grande car elles se relient par des transitions insensibles aux formes aiguës ou subaiguës qui nous intéressent évidemment surtout à cause des erreurs très sérieuses de diagnostic dont elles peuvent être l'occasion.

Je vous décrirai d'abord la forme commune banale et vous montrerai ensuite quelques formes plus ou moins atypiques plus rares, mais souvent très trompeuses.

*
* *

La Forme Commune du Syndrome.

Interrogez dix femmes enceintes arrivées près du terme. Quatre ou cinq au moins (1) vous diront qu'elles ont éprouvé des douleurs plus ou moins diffuses lombo-abdomino-pelviennes, à une époque ou à une autre; quelquefois très tôt et parfois plus tard; d'intensité très variable : très fortes ou légères ayant duré quelques jours ou plusieurs semaines; survenues une seule fois ou à plusieurs reprises. Parfois, les femmes ne souffrent pas véritablement, mais elles se plaignent de n'avoir plus aucune souplesse, de devenir impotentes, de marcher difficilement. Elles s'étendent même avec peine et se relèvent plus difficultueusement encore. Chaque mouvement est pénible et douloureux.

Analyse des phénomènes douloureux.

Analysez les phénomènes douloureux. Vous constaterez que le fond du syndrome est fait de deux éléments isolés, plus souvent peut-être encore associés :

1° d'abord une douleur abdominale basse :

— sensation de lourdeur dans le bas-ventre;

— sensation de tiraillement douloureux aux plis des aînes, qui fait souvent faire à la femme pour localiser sa douleur un geste caractéristique : des deux mains partant de la région pubienne, elle trace la ligne de ses deux arcades crurales en remontant vers les épines iliaques;

— sensation de pesanteur douloureuse : les malades en sont très gênées et encore plus inquiètes, car elles ont l'impression que « tout va tomber », que « l'enfant est très descendu » qu'il « pèse sur la vessie » — ce qui occasionne de la pollakiurie — et sur le rectum. Et, tout cela objectivement ne correspond à rien d'exact; l'utérus est en place, ni plus ni moins descendu qu'il ne doit; plus tard, la tête est haute et ne pèse spécialement sur rien.

(1) D'après une enquête faite par mon ancien interne et ami Weil Aubert.

L'impression de la femme est certainement vraie, car toutes les malades la décrivent d'une façon rigoureusement identique, et souvent dans les mêmes termes; mais cette impression ne correspond à rien de ce qu'elle suggère.

2° Le deuxième élément du syndrome est une douleur lombaire ou plutôt lombo-sacrée et fessière.

Toujours les femmes nous parlent de sciatique. Mais, vérifiez : il n'y a aucun signe habituellement, de sciatique. En fait l'analyse montre qu'elles souffrent un peu en permanence et beaucoup à certains mouvements : elles ont de la peine pour s'étendre, pour se relever, pour se retourner la nuit dans leur lit.

Elles marchent difficultueusement. Elles font cent mètres et doivent s'arrêter avant de repartir. Vous les voyez de temps à autre porter leurs mains à plat sur leurs reins et se redresser douloureusement.

Parfois, ces douleurs, dont le centre semble bien situé dans la région sacro-iliaque, ont des irradiations assez lointaines : vers les fesses et la face interne des cuisses avec une grande fréquence; quelquefois le long de la crête iliaque; et de temps à autre vers les régions lombo-costales; et le long des dernières côtes.

A la vérité chacun de nous connaît cela parfaitement et je ne prétends pas vous décrire là rien de nouveau. Ces manifestations sont d'une telle banalité qu'elles ne semblent pas mériter grande attention. Et, nos patientes elles-mêmes les supportent sans trop se plaindre, convaincues qu'elles sont, que ces petites misères font partie des incommodités inéluctables de la grossesse.

Or, — et c'est sur ce point que je veux insister — ces manifestations légères et communes sont déjà de la pathologie. Et elles sont pour nous fort instructives, et nous permettant d'étudier le syndrome pelvien de manière analytique et dans ses éléments fondamentaux.

EXAMEN : Recherche objective des points douloureux.

Examinez vos patientes qui se plaignent de la façon banale que je viens de rappeler. On ne fait jamais cet examen parce qu'il semble devoir présenter être sans aucun intérêt et que d'ailleurs on ne sait comment le diriger. Faites le. Vous serez vite édifié sur son utilité, car vous ne manquerez pas de trouver des points douloureux ou plutôt des zones douloureuses, toujours les mêmes qui forment en quelque sorte la base objective de ce syndrome et en sont certainement les signes les plus caractéristiques.

L'exploration doit être méthodique et faite à *un seul doigt* de manière qu'aucune douleur de distension vulvaire ne vienne en fausser le résultat. Introduisez donc avec beaucoup de douceur l'index dans la vulve. Explorez successivement :

1° la région rétro-pubienne latéro symphysaire. De la pulpe du doigt recourbé en crochet, appuyez sans force et presque légèrement, sur la surface osseuse pubienne que vous sentez lisse et unie de chaque côté de la symphyse ou plutôt de chaque côté de la ligne en relief que forme le manchon urétral médian;

Vous déterminerez là avec une grande fréquence une douleur vive, soit à droite, soit à gauche, soit des deux côtés. Il serait exagéré certainement de parler de douleur exquise; mais, l'acuité de la douleur n'est parfois pas sans en évoquer l'idée;

2° la zone acétabulaire ou le fond de la fosse ovarienne : quittez la la région pubienne et dirirez la pulpe du doigt vers la surface quadrilatère de l'os iliaque et plus spécialement vers la partie postérieure de cette zone avoisinant la base de l'épine sciatique : là aussi vous déterminerez une douleur souvent très vive;

3° le releveur : abandonnez la surface osseuse. Courbez l'index en crochet et en retirant le doigt, accrochez la grosse corde du releveur qui l'arrête de chaque côté au bas du vagin. Allez doucement, car en tirant sur cette grosse corde, vous allez ordinairement provoquer une douleur très vive.

Voilà les trois recherches principales qu'il convient de faire d'abord. Ce sont les plus importantes parce que les plus constantes les plus faciles à faire et les plus nettes. En général, le résultat est indiscutable : la patiente marque par une crispation très significative du visage, la douleur qu'elle ressent lorsque vous appuyez sur la surface rétro-pubienne, sur le fond osseux de la fosse ovarienne, ou que vous tirez même avec précaution sur la corde du releveur.

Vous pouvez maintenant effectuer quelques recherches accessoires :

Vous déterminerez souvent encore une douleur par pression sur l'épine sciatique et sur le ligament sacro-sciatique.

Allez même explorer le pourtour du col et spécialement la région de l'insertion vaginale : la femme accuse là souvent une sensibilité douloureuse qui n'est pas comparable en intensité habituellement à la douleur que vous avez déterminée tout à l'heure sur les surfaces osseuses, mais qui est souvent nette et peut même être assez vive.

Revenez ensuite au palper : vous noterez quelquefois que l'épine pubienne est douloureuse, ainsi que l'interligne symphysaire et aussi la branche ischio-pubienne et les insertions des adducteurs. La douleur peut même se prolonger dans la partie supérieure de ces muscles. A l'opposé, la crête iliaque est parfois, aussi sensible, et tout en haut les insertions costales des grands droits et des muscles larges. L'utérus lui-même enfin, est quelquefois le siège d'une curieuse sensibilité douloureuse, et cela surtout en deux zones de façon plus particulière :

la région sus-symphysaire du segment inférieur et la région des cornes et des bords comme si le ligament rond était spécialement en cause.

Vous avez remarqué que j'ai mentionné sans y insister la douleur à l'interligne symphysaire. Certes, cette douleur peut-être très intense et elle est probablement responsable de bien des troubles fonctionnels. Mais elle est sûrement moins fréquente que la douleur osseuse rétro-pubienne. La douleur n'est pas essentiellement articulaire, mais bien osseuse. Et ce que je viens de dire de la symphyse pubienne est probablement vrai aussi de la sacro-iliaque.

Sans doute, si vous considérez l'ensemble du syndrome, vous constaterez que les phénomènes douloureux sont *essentiellement osseux*. Osseux, le point rétro-pubien, osseux celui du fond de la fossette ovarienne, celui de l'épine sciatique, probablement plus spécialement marqué là parce que l'os est moins protégé et plus accessible. Et peut-être les douleurs qui paraissent musculaires, comme celles du releveur, sont-elles encore osseuses par traction sur les insertions. Mais il est bien possible que les muscles souffrent aussi : témoin l'utérus dont la sensibilité douloureuse paraît bien indépendante de toute attache osseuse.

D'ailleurs, peu importe actuellement l'interprétation. Le fait, et qui n'est pas douteux, c'est l'existence facilement décelable de points douloureux précis, chez les femmes qui souffrent de la façon banale que j'ai décrite tout à l'heure. Et ce qui donne à ces points une valeur particulière et en quelque sorte presque objective c'est, d'une part, que la malade ignore complétement leur existence avant qu'on ne la lui ait révélée, et d'autre part, que l'intensité est souvent différente à droite et à gauche : leur dominance unilatérale est souvent très nette et elle est quelquefois à bascule au cours de l'évolution. Je dois ajouter que chez certaines femmes qui n'ont pas encore souffert, vous trouverez déjà les points douloureux osseux, dont elles ne soupçonnent même pas l'existence. C'est assez dire que les signes en quelque sorte objectifs du syndrome sont parfaitement nets et souvent plus explicites que les signes subjectifs.

EVOLUTION

L'évolution du syndrome est extrêmement irrégulière et capricieuse. D'ordinaire sur un fond douloureux, plus ou moins permanent se greffent des exacerbations plus ou moins intenses.

Les premières manifestations sont quelquefois très précoces, dès les premières semaines, mais il est plus habituel que les femmes ne se plaignent que dans les derniers mois. Et leurs plaintes varient d'un jour ou d'une semaine à l'autre. Tantôt le syndrome est très discret et très localisé pendant quelques jours, tantôt il disparaît à peu près complètement pendant des jours et des mois pour reparaître ensuite parfois avec plus d'acuité. Et rien ne paraît en influencer vraiment la

SEDACONES

Papavérine
Sédatifs végétaux
Butyléthylmalonylurée

Algies pelviennes
Hémorroïdes - Insomnies

1 à 3 suppositoires par jour

LABORATOIRES A. BAILLY
SPEAB • 6, RUE DU ROCHER - PARIS 8e

Agents dépositaires pour la TUNISIE :
M.M. VALENZA & Cie 36, Rue Thiers — TUNIS

CÉPHALOSE *amphétaminée*

A L'ACIDE GLUTAMIQUE

Déficiences intellectuelles
surmenage physique

AMPOULES BUVABLES ★ COMPRIMÉS ★

LABORAL - LABORATOIRES DE L'AEINE
6, PLACE CLICHY - PARIS 9e • PIG. 63-03

marche. Tantôt il est surtout lombaire ou fessier à type de sciatique, tantôt il est surtout abdominal à type sus-symphysaire diffus, tantôt il devient surtout pelvien à type de pesanteur plus ou moins douloureuse. Ceraines femmes ne souffrent jamais autant que lorsqu'elles sont allongées et au repos, d'autres, pourtant redoutent la station debout et sont obligées de s'étendre une partie de la journée. Aucune régularité ne peut donc être décelée. Mais, rassurez toujours vos malades : les crises les plus douloureuses et qui semblent les plus tenaces s'arrêtent quelquefois au moment où on s'y attend le moins. Toutefois ou presque toujours, tout se termine avec l'accouchement bien qu'il y ait des exceptions. Notez que les grossesses successives d'une même femme n'ont à ce point de vue aucune ressemblance.

Et, particularité importante, remarquez bien que le syndrome douloureux, qu'il soit léger ou intense, fugace ou durable voire même tenace, remarquez bien que le syndrome évolue toujours seul. Aucune complication obstétricale, aucune complication médicale, rien ne l'accompagne. Il n'annonce en aucune façon, ni une gestation anormale, ni un accouchement prématuré. Le syndrome est seul et ne semble influer ni sur l'évolution de la grossesse, ni sur la santé générale de la femme, dans la mesure au moins ou la douleur ne perturbe pas trop sa vie et n'occasionne pas trop d'insomnie.

LES FORMES ATYPIQUES
CAUSES FREQUENTES D'ERREURS DE DIAGNOSTIC

La forme que je viens de décrire n'intéresse guère que les accoucheurs. Mais il est des formes atypiques :

— par les conditions dans lesquelles elles se présentent;

— par la dominance d'un signe;

— par leur allure évolutive;

qui sont intéressantes pour tous les médecins et plus encore peut-être pour les chirurgiens, en raison des erreurs très sérieuses d'indications opératoires qu'elles peuvent très facilement faire commettre.

Forme pseudo-arbortive.

Représentez-vous la difficulté de diagnostic lorsque le syndrome douloureux survient dans les deux ou trois premiers mois. la femme souffre dans le bas-ventre. Elle souffre dans les reins. Si les douleurs ont quelque intensité, l'inquiétude naît vite : la crainte d'une fausse couche surgit aussitôt, surtout si les sensations douloureuses se doublent de cette « impression que tout descend » qui est si fréquente lorsque le releveur est sensible. Et, il arrive bien souvent, en pareil cas, que le médecin finisse par partager les craintes de sa patiente.

Pourtant l'erreur peut être évitée et parfois très facilement. D'abord la douleur est continue. C'est un endolorissement plus ou moins

permanent, et même s'il subit des exacerbations, celles-ci ne rappellent pas vraiment les contractions utérines. Mais des précisions sur de telles sensations sont quelquefois difficiles à obtenir des malades. Procédez donc à l'examen : Vous serez vite fixé : la douleur provoquée au point rétro-pubien, au fond de la fosse ovarienne, à la traction du releveur, vous montre que l'origine des douleurs est ostéo-musculaire. Cherchez les petits signes accessoires : votre opinion sera vite confirmée.

Somme toute :

— *La douleur est seule,* sans accompagnement d'aucun autre signe;

— Elle est *essentiellement osseuse.*

Vous pouvez rassurer votre malade. Il est inutile de la condamner au lit. Inutile de lui prescrire toute une liste d'antiabortifs ou soi-disant tels. Vous pouvez affirmer que cela n'a aucun rapport avec une quelconque menace d'avortement. Et avertissez-la qu'elle aura peut-être d'autres crises douloureuses au cours de la grossesse qui pourront être tout aussi ennuyeuses, sans présenter plus de gravité.

Forme pseudo-ectopique.

Imaginez maintenant que le syndrome apparaisse tôt encore au cours de la grossesse, mais soit à prédominance nettement unilatérale. La femme a un retard de quelques semaines. Elle souffre d'un côté, un peu en permanence avec certains jours des exacerbations vives. Il n'est pas possible de ne pas penser à une grossesse extra-utérine, et d'y penser très sérieusement.

Mais, examinez la femme : d'abord, ici encore, la douleur est seule; il n'y a aucune perte, aucune lipothymie : une douleur et c'est tout.

Et où siège cette douleur ? Sur les annexes ? Dans le Douglas ? Non. Touchez à un doigt et pensez à explorer la surface rétropubienne, la fosse ovarienne et le releveur, *c'est là* qu'elle siège indiscutablement; sur l'os et non pas sur le cul de sac. Encore une fois :

— la douleur est seule;

— elle est essentiellement osseuse et musculaire.

Vous ne commettrez pas l'erreur, si vous faites un examen suffisant et si vous pensez à explorer l'os. On se trompe parce que l'on ne pense pas à chercher sur l'os la localisation douloureuse. Pensez-y. Et, vous ne laisserez pas en observation pendant des jours, voire des semaines, une femme qui ne mérite pas tant de craintes. Et, je ne veux pas parler des cas ou vous lui éviterez une laparotomie... exploratrice.

Forme pseudo-appendiculaire.

Il arrive que la douleur siège assez haut et que la malade la localise sur la région, de la fosse iliaque. Si, c'est à droite le diagnostic d'ap-

pendicite ne peut manquer d'être évoqué. Mais, considérez les choses avec attention :

Ici, encore, *la douleur est seule :* il n'y a, ni vomissements, ni fièvre, ni leucocytose.

Explorez. Ici encore *la douleur est surtout osseuse :* c'est la crête iliaque qui est douloureuse, — à moins qu'elle ne soit musculaire : c'est alors *le bord droit de l'utérus qui est douloureux.* Mais en pleine fosse iliaque : rien. Complétez votre examen par le toucher : vous trouverez probablement avec une prédominence évidente à droite, toujours le point rétro-pubien, celui de la fosse ovarienne, la douleur à la traction du releveur.

Dans ces conditions n'opérez pas c'est inutile. Vous trouveriez un appendice sain et la malade ensuite souffrirait tout autant.

Forme pseudo-pyélitique.

Lorsque la douleur lombataire est, unilatérale et un peu aiguë l'idée d'une pyélonéphrite vient facilement. D'autant plus que, je vous ai signalé incidemment en vous décrivant la forme commune, l'existence possible de quelques phénomènes vésicaux : dysurie, pollakiurie, si fréquentes chez la femme enceinte que nous n'y prêtons plus attention. Quand. ces phénomènes coïncident avec des douleurs lombaires, ils impressionnent davantage. On fait alors un examen des urines : pas de pus, pas de germes.

Combien de fois n'avez-vous pas été étonnés de ces examens négatifs coïncidant avec un syndrome que tout vous faisait croire pyélo-vésical ! Ne vous étonnez plus : dans bon nombre de cas, il s'agit d'un syndrome ostéo-musculaire.

Examinez la malade :

— D'abord, ici encore *la douleur est seule* : sans fièvre, san leucocytose, sans polyurie.

— Elle est ici encore *osseuse et musculaire :* ce n'est pas vraiment la région pyélique qui est douloureuse mais la crête iliaque et les insertions des muscles larges.

Explorez le bassin, vous trouverez probablement une surface rétro-pubienne très douloureuse, ce qui explique peut-être les phénomènes vésicaux par traction des ligaments pubo-vésicaux ou irradiation vers le col vésical le long de ceux-ci.

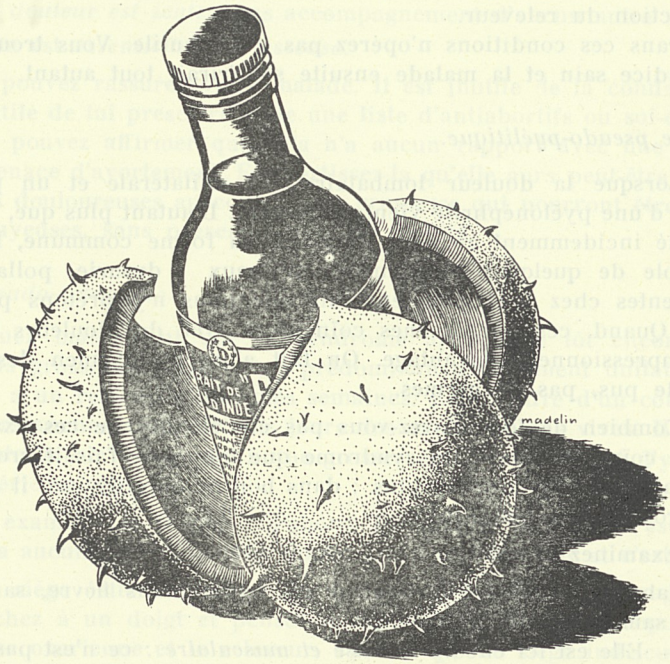
Point n'est besoin d'antibiotiques et encore moins de cathétéisme des uretères ou de lavages de vessie !

formes utérines.

Je vous ai dit que la sensibilité douloureuse du segment inférieur faisait partie du tableau ordinaire de la forme commune de syndrome. Les femmes à qui l'on fait mal en palpant la présentation sont nom-

INTRAIT DE
MARRON D'INDE "P"

La préparation la plus riche en vitamine "P" native



Varices - Phlébites Hémorroïdes Fragilité capillaire	Posologie FORTE 100 à 500 gouttes	 MOYENNE 10 à 60 gouttes



breuses et chacun le sait. Chacun sait aussi que de temps à autre, cette sensibilité se change en douleur vraie et que la pression en certains points surtout, d'ailleurs variables, arrache un gémissement et un geste de défense à la femme. Cela est encore banal et ne nous inquiète guère. Et nous n'avons pas grande inquiétude non plus lorsque nous trouvons au hasard du palper quelque zone de sensibilité douloureuse siégeant en plein corps utérin et plus ordinairement dans la région d'une des cornes ou le long d'un des bords.

Mais, qu'une de ces douleurs utérines devienne intense ou même aiguë et nous voici étonnés et fort embarrassés, pour deux raisons :

— d'abord parce qu'une douleur utérine intense surtout si elle survient sans grands prodromes se présente facilement avec une allure de douleur abdominale diffuse qui peut évoquer tous les « ventres aigus » depuis le kyste tordu jusqu'à l'occlusion en passant par les coliques hépatiques ou autres...

— et en second lieu, parce qu'une fois localisée plus ou moins difficilement à l'utérus, la douleur reste pour nous à peu près incompréhensible tant nous sommes habitués à considérer l'utérus comme insensible. Invinciblement nous tenons à trouver un substratum anatomique à cette douleur et nos hypothèses s'orientent naturellement vers la nécrobiose d'un fibrome dissimulé qui expliquerait évidemment bien le tableau clinique.

Or analysez bien les signes :

— là encore, *la douleur est seule* : il n'y a pas de kyste, pas de fibrome, pas de signes intestinaux, pas d'hydraminos, pas d'hématome rétro-placentaire, rien d'autre que la douleur.

— et là encore la douleur est *musculaire* et *aussi osseuse.*

Examinez bien : la douleur siège sur la paroie utérine même, et souvent tout le long du ligament rond. Suivez le ligament, très souvent le pubis et l'épine pubienne à son insertion sont douloureux. Et naturellement le pourtour osseux du bassin : la région recto-pubienne, le fond de la fosse ovarienne, le releveur sont douloureux aussi.

Vous me direz que rien ne prouve que la douleur utérine soit de même nature que la douleur osseuse. Certes, je n'ai pas d'arguments péremptoires à vous donner, mais ces douleurs utérines ont toujours été si mal expliquées — nos anciens parlaient de rhumatisme utérin — je les ai vues si bien incluses dans un syndrome douloureux comme celui que nous décrivons; elles ont si bien son évolution irrégulière capricieuse et bénigne, que je ne peux croire qu'elles ne lui appartiennent pas. Au reste ne sont-elles pas la simple extension et exagération de cette sensibilité cervicale et segmentaire que chacun sait si fréquente et qui accompagne si volontiers votre syndrome ?

Formes Associées.

Le syndrome douloureux ostéo-musculo-articulaire dans sa forme commune ou dans ses formes atypiques est fréquent, très fréquent et l'on peut dire que *c'est à lui que l'on devrait d'abord penser chez toute femme enceinte qui souffre.*

On n'y pense pas habituellement et l'on a tort. *Mais il ne faut pas tomber dans l'erreur inverse* et passer à côté de vraies ectopiques, de vraies appendicites de vraies pyélites, de vraies nécrobioses de myome : plus ou moins dissimulées. Le syndrome douloureux pelvien est si fréquent qu'il peut parfaitement coexister avec toutes ces affections. Le fait de trouver les points douloureux caractéristiques n'est donc pas suffisant pour les éliminer dans les cas où le diagnostic se pose réellement. Il faut encore que *la douleur soit seule* et que les signes propres à chacune des affections soupçonnées sont absents.

N'allez pas rejeter la menace d'avortement ou l'ectopique, s'il y a des métrorragies; n'allez pas écarter l'appendicite s'il y a des vomissements, etc.... sous le prétexte que vous avez trouvé les points douloureux osseux. Il y a, ou il peut y avoir combinaison des deux états pathologiques, et le syndrome douloureux pelvien n'est pas celui qui prime.

Je crois donc devoir vous rappeler en terminant ce chapitre clinique les caractères du syndrome que nous étudions :

— la douleur siège essentiellement sur l'os ou le muscle;

— elle est seule;

— aucun autre signe ne l'accompagne.

Ces remarques capitales, car s'il ne faut pas opérer de fausses ectopiques, il ne faut pas que ce que je viens de vous décrire vous fasse manquer d'opérer les vraies.

*
* *

NATURE DU SYNDROME

Pathogénie et thérapeutique

Bien entendu, je ne pense pas du tout vous avoir décrit une maladie nouvelle. Il y a beau temps que les douleurs des femmes enceintes figurent dans les livres d'accouchement, mais elles y figurent à des chapitres divers :

Tarnier et Budin les décrivent au chapitre des crampes douloureuses et névralgies, puis au chapitre du rhumatisme utérin; et enfin, à celui du relâchement douloureux des symphyses. Et les descriptions sont brèves et incomplètes. Je crois qu'il y a là un syndrome assez homogène qui est important surtout par ses formes atypiques et qui mérite d'être individualisé.

Ce syndrome n'a certainement rien à voir avec les crampes; il n'a probablement rien à voir avec des névralgies.

Un point est évident : c'est un proche parent de ce que les livres décrivent sous le nom de *relâchement douloureux des symphyses*. Il est certain que dans bien des cas nous trouvons une douleur vive à l'interligne pubien et il est bien probable que beaucoup de troubles fonctionnels, — la douleur provoquée par certains mouvements, la douleur à la marche —, résultent de la souffrance articulaire sacro-iliaque ou pubienne. Mais, appeler ce syndrome, relâchement douloureux des symphyses et centrer l'attention sur un de ses éléments qui n'est ni le plus fréquent, ni le plus important, c'est méconnaître son étendue et ses aspects cliniques les plus intéressants. En réalité, le relâchement douloureux des symphyses n'est qu'une forme et une forme très peu fréquente à l'état pur de notre syndrome douloureux pelvien qui est ostéo-musculo-articulaire, mais surtout osseux et musculaire. C'est l'os coxal qui est douloureux avec prédominance sur le pubis et l'ischion et sur les muscles pubiens et ischiatiques, mais avec extension possible à l'iliaque et aux muscles larges jusqu'à leurs insertions costales. Mais çà n'est pas un syndrome purement osseux. Je crois que le muscle y peut participer pour son compte, en particulier le muscle utérin; nous sommes loin de l'arthrite ou de l'arthrose localisée du relâchement douloureux que notre syndrome englobe et ne permet pas de considérer comme une antitée distincte.

Qu'y a-t-il de commun avec l'ostéomalacie ? Sur ce point c'est moi qui vous interroge, car l'ostéomalacie est pour moi une maladie purement livresque. Ce que je veux dire, c'est que le syndrome douloureux pelvien se voit chez les femmes les mieux nourries et dont l'alimentation est en apparence bien équilibrée.

Mais alors, quelle en est la pathogénie ?

Je ne sais.

— Un fait : je n'ai pas vu d'image radiologique particulière;

— Un second fait : çà n'est pas, un pur syndrome de posture : on ne comprendrait pas que les douleurs puissent survenir dès le début et qu'elles aient une évolution aussi irrégulière.

— La survenue pendant la grossesse et le caractère essentiellement pelvien du phénomène évoque l'idée d'une parenté avec les phénomènes ostéo-articulaires qui aboutissent à l'ouverture du bassin, telle qu'on le constate chez le cobaye; ce qui conduit à envisager une pathogénie hormonale.

Vous savez que le mécanisme de l'ouverture de la symphyse a été bien précisé dans ces dernières années, COURRIER avait montré depuis longtemps qu'on peut déterminer expérimentalement cette ouverture : par la folliculine assez facilement, beaucoup plus difficilement par la progestérone, mais avec le maximum d'efficacité par l'association des deux hormones en proportion définie.

BIFACTON

Combinaison physiologique

Assimilable totale par voie gastrique

DE

VITAMINE B 12

ET DU

FACTEUR INTRINSÈQUE de CASTLE

hautement purifié et stabilisé

●

Antianémique

Facteur de croissance et d'anabolisme

—o—

2 comprimés par jour

—o—

Boîte de 30 comprimés

●

LABORATOIRE de L'ENDOPANCRINE

48, Rue de la Procession — PARIS-XVe

Le problème paraissait ainsi résolu lorsque les très belles expériences de Hisaw sont venues démontrer que l'ouverture du bassin est en réalité liée à une hormone spéciale qu'il a appelée la relaxine. Cette relaxine est distincte et de la folliculine et de la progestérone bien qu'elle ait besoin des deux pour agir ou pour se constituer.

Pour agir, il semble nécessaire que la folliculine soit présente.

Pour se constituer : il semble que l'utérus élabore la relaxine, sous l'influence de la progestérone.

Le syndrome douloureux résulte-t-il d'un trouble dans l'élaboration complexe du système hormonal capable d'agir sur le bassin. Je ne sais. Je sais seulement que la relaxine n'existe pas chez le cobaye et qu'on en a trouvé dans le sang de la femme enceinte. Il est certain, qu'il y a de ce côté d'intéressantes recherches à faire.

Le hasard nous a mené dans une autre voie, qui d'ailleurs rejoindra probablement quelque jour par un chemin encore inconnu la voie hormonale : notre attention a été attirée sur le potassium par une observation de Laffargue et Vellenweider publiée à la société d'Alger en 1941 et dont nous avons eu connaissance en 1945. Ces auteurs relatant l'observation Id'une tétanie grave avaient remarqué l'existence, alors que la malade faisait des crises très sévères et douloureuses résistant à toute thérapeutique, d'une hypokaliémie importante. Des injections intra-veineuses de chlorure de potassium faites en suite de cette constatation avaient eu sur les phénomènes douloureux une étonnante efficacité.

Je fus ainsi conduit à étudier le potassium au cours du syndrome douloureux pelvien. Et, je fis deux constatations que je résume brièvement :

1° Une grande proportion de femmes qui souffrent : 61 % examinés par mon élève Cottrel (1) ont une kaliémie (dosée par la méthode chimique de Leulier) inférieure à 200 mgr.; alors que chez presque toutes les femmes normales la kaliémie est comprise entre 200 et 220.

Il y a donc un trouble fréquent de la kaliémie, mais le fait que le taux de potassium est tout de même normal dans 40 % des cas montre que son abaissement n'est pas la cause des phénomènes douloureux. Disons qu'il est un témoin et peut-être un des maillons d'une chaîne qui y aboutit, nous ne pouvons aller au-delà. D'ailleurs que signifie l'hypopokaliémie dans les cas ou elle existe ? Ingestion insuffisante ? Elimination excessive ? Dérivation vers les cellules, ce qui n'aurait rien de surprenant puisque le potassium est l'ion intra-cellulaire et que les trois quarts du potassium sont contenus dans les muscles ? Je ne sais rien de tout cela, car je n'ai pas eu la possibilité de faire les recherches nécessaires. Je sais donc seulement qu'il y a souvent hypokaliémie et que cela reflète au moins un déséquilibre du potassium. On peut évo-

(1) Thèse, Paris, 1952.

quer ici l'idée d'une hypéractivité surrénale. Les directives de recherches ne manquent pas.....

En attendant, et à l'instar des Algérois, j'ai tout de même fait et de façon tout à fait empirique, peut-être très simpliste, une thérapeutique, à base de potassium. Or, les résultats de cette thérapeutique simpliste ne sont pas mauvais.

D'abord, nous avons injecté dans les veines quotidiennement 10 cc d'une solufion de K Cl à 1%. Au bout de 5 à 6 injections, il est assez habituel d'observer une amélioration ou même une guérison — temporaire au moins et subjective quelquefois seulement, car, les douleurs provoquées à la pression persistent. Les injections sont en général bien supportées, mais il faut prendre bien garde à la préparation des ampoules. Des réactions ont été quelquefois notées, que nous avons attribuées à des pyrogènes. Elles ont disparu lorsque le mode de préparation a pu les éliminer.

La voie buccale serait plus simple. Nous avons essayé successivement le citrate acide monopotassique et le maléate.

Le citrate a été préparé suivant la formule :

— Citrate acide monopotassique	15 cc
— Eau	90 cc

Il a été donné à la dose de 15 à 20 gouttes, deux fois pas jour. Nous employons maintenant une préparation de chlorure de potassium commercialisée, avec, semble-t-il, moins d'efficacité, mais les doses sont peut-être à préciser.

et voici les résultats :

103 femmes traitées : 63 guérisons;
31 améliorations;
9 échecs.

Il ne semble donc pas contestable que le potassium ait une action.

C'est actuellement en tout cas, je crois, la thérapeutique qui donne le moins d'insuccès. Est-ce à dire qu'elle soit spécifique ? Certainement non. Certains ont essayé soit la folliculine, soit la progestérone et ont pu en vanter les succès : Duong Ba Banh entre autres, Peut-être sera-t-on amené à envisager des traitements surrénaliens. Tout cela est possible et chacune de ces idées n'est probablement pas aussi étrangère l'une à l'autre qu'on pourrait tout d'abord le supposer. Elles s'enchaînent peut-être très logiquement. Mais bien des maillons de la chaine qui pourraient les unir nous sont encore inconnus.

Je dois vous dire pour terminer que j'ai abandonné les injections locales de novocaïne essayées lors de nos premières recherches, il y a une dizaine d'années. Elles ne manquent certes pas d'efficacité. Leur résultat fut même quelquefois spectaculaire. Mais elles sont par elles-mêmes douloureuses et parfois fort douloureuses.

Il me faut terminer par un point d'interrogation, parce que la pathogénie, et la thérapeutique qui en découle, sont encore fort obscures. Aussi bien n'ai-je pas eu la prétention de vous présenter une question élucidée de bout en bout, mais seulement de vous en soumettre la partie clinique, pour vous demander d'introduire dans vos discussions de diagnostic et d'indications opératoires chez la femme enceinte le syndrome douloureux ostéo-musculoarticulaire. Sa connaissance vous permettra, je pense, d'éviter quelques erreurs, dont certaines sont loin d'être anodines.

CHATEL-GUYON

(Puy-de-Dôme) Auvergne

Altitude : 400 m.

——o——

400 km. de Paris — Voitures directes — Express Thermaux
Paris et Marseille — Aérodrome d'Aulnat

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

CHATEL GUYON guérit l'intestin, constipation, colites, dysenteries, diarrhées, séquelles d'appendicite.

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

Elle guérit l'anaphylaxie et remonte l'état général.

CHATEL GUYON lutte contre la colibacillose en empêchant la stase et les fermentations intestinales, en cicatrisant les muqueuses et en supprimant les foyers de résorption.

CHATEL GUYON est cholagogue, combat l'insuffisance hépatique et la stase vésiculaire, éclaircit le teint et guérit les entérites coloniales.

CHATEL GUYON est la Station idéale pour combattre l'amibiase.

CHATEL GUYON, par son chlorure de magnésium, combat les tumeurs, tonifie et vitalise l'organisme.

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

A domicile, boire : **CHATEL GUYON « GUBLER », eau de cure;**
CHATEL GUYON « LEGERE », eau de table.

——o——

SAISON DU 30 MAI AU 30 SEPTEMBRE

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

LUTOGYL

PROGESTERONE

CRISTALLISEE

ROUSSEL

AMENORRHEES – DYSMENORRHEES
MENO-METRORRAGIES
STERILITE – AVORTEMENT

LES LABORATOIRES ROUSSEL
97, Rue de Vaugirard — 89, Rue du Cherche-Midi
PARIS (VI°)

ALGER : Laboratoires ROUSSEL, 28, rue Clauzel.
TUNIS : O.S.P., 10, rue Amilcar.
CASABLANCA : Sté Maroc. des Lab. ROUSSEL, 48, rue Nationale.
SAIGON : Laboratoires ROUSSEL, 26, rue Lagrandière.
AUTRES PAYS DE L'UNION FRANÇAISE : Adresser les demandes aux Laboratoires ROUSSEL, 89, rue du Cherche-Midi, PARIS (VI°)

La surveillance biologique de la gestation

par M. LACOMME

—o—

(Conférence faite en mars 1953)

Chacun de nous sait combien la clinique nous a fait commettre d'erreurs lorsque nous nous fondons sur ses données pour prévoir l'avenir d'une grossesse menacée dans son évolution et pour guider la thérapeutique destinée à empêcher son interruption. A tous, avouons-le, il nous est arrivé de rassurer le matin une malade qui nous rappelait le soir même en plein avortement; et inversement de déclarer perdue une gestation que nous voyons ensuite bel et bien aller à terme.

La fragilité de nos pronostics nous apparaît dans deux circonstances très fréquentes de la pratique quotidienne :

— d'une part, chez des femmes qui ont des antécédents d'avortements habituels;
— d'autre part, chez celles dont la grossesse est compliquée de métrorragies ou de pertes qui annoncent une interruption possible plus ou moins prochaine.

Dans ces deux cas, nous vivons pendant des semaines ou des mois sous le signe de *l'incertitude*.

Pouvons-nous en sortir, et existe-t-il des tests qui puissent guider notre thérapeutique ?

Depuis quelques années, j'ai cherché, comme tout le monde, dans les divers modes d'exploitation biologique les critères que la clinique nous refuse lorsqu'elle ne nous permet pas de découvrir une cause organique : fibrome, kyste, malformation, béance de l'isthme ou maladie générale offrant une explication en quelque sorte tangible en même temps qu'un élément de pronostic des accidents observés ou redoutés.

La clinique étant muette, j'ai cherché des moyens d'appréciation dans deux directions :

1° Dans l'exploration du terrain fonctionnel que représente l'organisme maternel, en pensant a priori qu'il doit exister des terrains qui sont favorables au développement d'un œuf et d'autres qui ne le sont pas;
2° Dans l'exploration de l'activité biologique de l'œuf, étant certain que l'œuf conditionne un état hormonal particulier qui doit pouvoir servir à mesurer au moins approximativement sa vitalité.

EXPLORATION DU TERRAIN MATERNEL

Le mot terrain est vague, je le reconnais. Il est fait de l'ensemble de tout notre fonctionnement organique, et sa complexité est telle, (combien immenses en sont d'ailleurs encore les parties inconnues !)

que son exploration ne peut-être que fragmentaire. Mais il paraît logique de penser que notre exploration devrait être d'une grande importance. Comment expliquer, lorsque la qualité des gamètes n'est pas en cause, comment expliquer autrement les avortements ou accouchements prématurés habituels ? Incriminer une insuffisance placentaire alors que le placenta change à chaque gestation est se contenter d'une illusion. C'est prendre ce qui est déjà un effet pour la cause vraie. La cause c'est une constante maternelle, c'est le terrain.

Recherches Diverses.

J'ai, pendant deux ou trois ans, réuni un assez grand nombre de chiffres concernant les principales constantes sanguines glycémie, protéinémie, lipémie, cholestérolémie. Rien n'est sorti de ces recherches. Ce qui ne signifie pas d'ailleurs que rien n'en sortirait si on les poussait davantage ou si on les appliquait à d'autres catégories de population.

Ainsi, je ne suis pas sûr que des épreuves d'hyperglycémie provoquée ne donneraient pas d'intéressants renseignements là ou la glycémie simple ne nous a rien appris.

Ainsi, ne suis-je pas sûr non plus que l'on ne trouverait pas dans certaines populations sous-alimentées, un terrain défavorable à la grossesse, mesurée par l'abaissement de la protéinémie Hypothèses...

Dans un autre ordre d'idées, nous avons tenté d'avoir un aperçu sur le fonctionnement surrénal par le test de THORN. De là, non plus, nous n'avons rien tiré de pratique. Ce qui ne signifie pas d'ailleurs, non plus, que la surrénale n'est pas un des éléments essentiels du terrain que nous intéresse, mais seulement que notre procédé d'exploration, n'a pas été celui qui, eût été convenable.

Le métabolisme de Base.

Dans le même esprit, l'exploration thyroïdienne m'a paru spécialement intéressante.

J'avais eu l'attention attirée sur son importance par quelques observations et j'ai déjà rapportées ailleurs :

La première est celle d'une femme de 37 ans, facilement fécondée, qui en deux ans a fait *trois avortements*, tous trois à la fin du deuxième mois. Son corps thyroïde est un tout petit peu gros et ses traits sont légèrement empâtés. Le métabolisme basal est à —17 %. Quelques mois après cet examen, une quatrième grossesse survient. Dès le début et pendant toute la gestation la femme prend 0 gr., 10 d'extrait thyroïdien et quelques gouttes d'iode. Cette gestation va à terme sans incident.

Une seconde malade présente en 1946, une légère poussée de myxœdème survenue après une infection mal individualisée. Elle suit un traitement thyroïdien qui amène presque le retour à l'état normal. Si bien même qu'un an après elle devient enceinte. Mais dès que le diagnostic est posé, elle cesse son traitement : l'avortement survient très rapidement ensuite au 3e mois. Son faciès, bien qu'un peu lunaire est presque normal, mais la peau est toutefois peut-être légèrement

épaissie et infiltrée. Le métabolisme basal est à —22 %, alors qu'elle prend déjà depuis quelques jours 0 gr., 10 d'extrait thyroïdien. La dose d'extrait est portée à 0, 20 qui sont mal tolérés. On abaisse la dose à 0, 15 qui sont ingérés chaque jour jusqu'à la fin de la gestation avec quelques gouttes d'iode. Il n'y a eu aucun incident. L'accouchement s'est produit à terme, l'enfant pesait 3.300 gr.

Et voici, une troisième malade, qui a fait successivement 5 avortements, tous au deuxième mois. Des dosages de stéroïdes urinaires et une biopsie d'endomètre pratiqués après le 5e avortement ne montrent rien d'anormal. Une sixième grossesse survient. Après 20 jours de retard des règles, le métabolisme basal est à —18,4 %. Un traitement par extrait thyroïdien et quelques gouttes d'iode est aussitôt institué et poursuivi pendant toute la grossesse. Accouchement à terme. Nouvelle grossesse, 6 mois plus tard M.B. —13 %. Le traitement est repris : accouchement à terme. Une nouvelle grossesse survient l'année suivante, la malade ne consulte pas et ne fait aucun traitement : un avortement se produit, à deux mois et demi. Enfin, cette femme fait une dernière gestation en 1950 : dès le début, elle recommence le traitement habituel : l'accouchement a lieu à terme.

Je cite enfin, un dernier cas :

Madame G... a fait deux fausses couches de deux mois et demi et de 4 mois et demi. On ne trouve aucune cause à ces accidents. Seul le métabolisme est un peu bas —14,2 %. Une troisième gestation survient. Le métabolisme de base au deuxième mois est à —9,45, malgré un traitement thyroïdien institué depuis quelques jours. Il s'abaisse même au 3e mois à 12 %. On augmente la dose d'extrait thyroïdien malgré quoi le métabolisme reste à —10,4. Le traitement est très régulièrement suivi pendant toute la grossesse. L'accouchement s'est produit à terme. Une 2e grossesse a évolué avec le même traitement dans les mêmes conditions.

Des observations isolées ne sauraient cependant pas nous donner une idée d'ensemble. Aussi ai-je fait faire de nombreuses déterminations du métabolisme de base chez des femmes normales ou redoutant un avortement : je retiens 83 mesures.

— 50 sont comprises entre 0 et + 20 %. C'est ce que je crois normal au début de la grossesse. Sur ces 50 gestations, je ne compte que 5 avortements.

— 17 ont un métabolisme inférieur à 0. sur ces 17 gestations, 7 avortements : plus de 1/3.

— 16 enfin ont un métabolisme supérieur à 20. Je compte ici 4 avortements.

Je crois qu'il subsiste peu de doutes : le terrain du métabolisme anormal et surtout celui du métabolisme de base inférieur à 0 est un mauvais terrain pour le développement d'une gestation. Et je suis sûr que dans ces cas nous pouvons améliorer le terrain et améliorer le pronostic.

Naturellement, j'admets bien volontiers que le terrain ainsi caractérisé est peut-être très complexe. Mais je crois cependant, qu'en pratique le métabolisme basal doit entrer dans la série des examens de routine destinés à évaluer les chances d'une femme de conduire ses gestations à terme.

LES TEMOINS DE LA VITALITE OVULAIRE

Il semble qu'il n'y ait pas de meilleur moyen d'être renseigné sur l'avenir d'une gestation en particulier que d'essayer de mesurer la vitalité de l'œuf lui-même. Or' dès la greffe sur l'organisme maternel, l'œuf détermine des réactions hormonales qui devraient être de bons témoins de la vitalité. A vrai dire il s'agit plus précisément de la vitalité placentaire. Car il faut, sous réserve que l'avenir ne nous démentira pas, admettre comme vrai, qu'après un phase hypophyso-ovarienne de quelques semaines, « l'œuf comme dit COURRIER, — mais lisez le placenta — secoue le joug maternel et assure pleinement .... l'équilibre hormonal qui lui est necessaire ». Pleinement est peut-être trop dire, car la nouvelle formation placentaire, pour autonome qu'elle puisse être est tout de même dépendante du terrain. Mais, il est cependant certain :

1° qu'un nouvel équilibre hormonal, d'ailleurs, rapidement évolutif et ayant probablement pour centre le placenta s'instaure dès le début de la gestation;

2° que cet équilibre est indispensable au maintien de la gestation et que toute rupture de l'équilibre en compromet l'évolution :

— soit en troublant le développement du fœtus qui devient malade ;

— soit en déclenchant des contractions qui expulsent le fœtus, même sain.

L'exploration des étapes successives du nouvel équilibre hormonal paraît donc bien être le moyen le meilleur que l'on puisse imaginer pour se renseigner sur l'activité biologique de l'œuf — ou plus exactement du placenta — et donc sur l'avenir probable de la grossesse.

Cela admis, il reste que l'exploration de l'équilibre hormonal dépendant de l'œuf n'est pas aisée, car l'œuf est inclus dans l'organisme maternel donc dans un complexe d'où l'on n'isole qu'un peu artificiellement ce qui lui appartient. Nos moyens d'investigation sont par ailleurs très imparfaits. Ce qui n'est pas une raison pour ne pas nous servir de ce dont nous disposons c'est-à-dire :

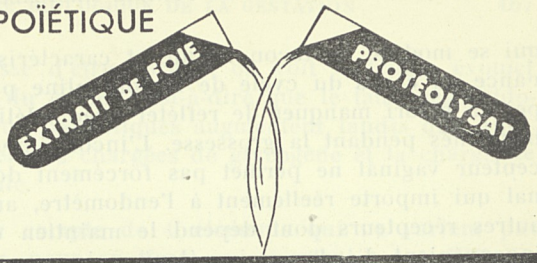
— des dosages de prolans;
— des frottis vaginaux;
— des dosages de stéroïdes urinaires.

Je vous dirai un mot de chacun de ces procédés d'exploration en insitant tout spécialement sur le dernier que les travaux de JAYLE tendent depuis quelques années à mettre en premier plan.

TEST DES FROTTIS VAGINAUX

Les frottis vaginaux sont séduisants par leur simplicité. Leur avantage est de refléter *la résultante* des actions hormonales sur un récepteur qui est certainement très sensible : le vagin dont l'épithelium

SYNERGIE HÉMATOPOÏÉTIQUE



PROTIGÉNYL

MÉDICATION STIMULANTE ÉNERGIQUE

Toutes les indications des extraits de foie et des protéolysats en Médecine :

ANÉMIE de BIERMER
PROTIGÉNYL FORT, 1 à 3 amp. par jour

ANÉMIES MOYENNES et LÉGÈRES
ASTHÉNIES, CONVALESCENCES
PROTIGÉNYL FORT, puis NORMAL et GRANULÉ

PRÉTUBERCULOSE, RACHITISME
SUPPOSITOIRES et GRANULÉ

en Pédiatrie :

GASTRO-ENTÉRITE du NOURRISSON
SOLUTION INGÉRABLE STÉRILE spécialement dosée

en Chirurgie :

PRÉPARATION PRÉ-OPÉRATOIRE
PROTIGÉNYL FORT et GRANULÉ à haute dose (100 à 300 g par jour)

5 formules

INJECTABLE FORT
Extrait purifié de **200** g de foie frais et 0,25 g de protéolysat par amp. de 5 cm 3

INJECTABLE NORMAL
Extrait purifié de 30 g de foie frais et 0,25 g de protéolysat par amp. de 5 cm 3

GRANULÉ
Extrait purifié de 36 g de foie frais et 2,70 g de protéolysat par cuillerée à soupe

SUPPOSITOIRES
Extrait purifié de 30 g de foie frais, 0,25 g de protéolysat, gluconate de calcium, et Vitamine D_2

SOLUTION POUR NOURRISSONS
Extrait purifié de 20 g de foie frais et 0,40 g de protéolysat par amp. à ingérer

LABORATOIRES RONCHÈSE - NICE

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

qui se modifie de façon rapide et caractéristique suivant la prédominance au cours du cycle de la folliculine puis de la progestérone ne peut à priori manquer de refléter avec fidélité l'équilibre de ces deux hormones pendant la grossesse. L'inconvénient toutefois est que le récepteur vaginal ne permet pas forcément de juger l'équilibre hormonal qui importe réellement à l'endomètre, au myomètre etc. bref aux autres récepteurs dont dépend le maintien de la grossesse. Un autre inconvénient d'ordre moins élevé mais non moins important c'est que les frottis vaginaux sont largement influencés par les infections qui sont si fréquentes et constituent d'importantes causes d'erreurs.

Ces considérations entendues, comment interpréter les frottis et que peut-on en tirer pratiquement ?

Permettez-moi d'abord un bref rappel de ce qui se passe au cours du cycle menstruel :

Vous vous souvenez que la phase folliculinique qui suit les règles est caractérisée par un épaississement de l'épithélium vaginal. Si ses cellules recueillies dans les frottis n'évoluent pas comme chez le rat vers la kératinisation — qui vous le savez sert à doser et à caractériser dans les laboratoires, l'activité folliculinique — elles n'en n'évoluent pas moins dans un sens de dégénérescence : leurs noyaux deviennent pycnotiques et leur cytoplasme acidophile. On assiste à leur desquamation en cellules isolées au moment de l'ovulation. Survient ensuite la phase dominée par la progestérone : la couche intermédiaire après desquamation des cellules superficielles raste à nu; ces cellules bien vivantes ont des noyaux et un cytoplasme bien colorables et le fait qui semble le plus caractéristique est qu'elles se chargent de glycogène lequel paraît être l'équivalent de la mucification constatée à ce stade chez le rat. On trouve alors dans les frottis des cellules vivantes desquamées en placards.

Pendant la grossesse la muqueuse s'épaissit et les aspects de la phase folliculinique disparaissent. L'épithélium semble bloqué à la 2e phase du cycle comme s'il ne subissait plus l'action de la folliculine, ou mieux, comme si la progestérone inhibant la folliculne le maintenait sous son action dominante. Aussi les frottis montrent-ils très peu éosinophiles (moins de 10 % dit PUNDEL) très peu de noyaux pycnotiques (moins de 40 puis moins de 20 %), mais beaucoup de cellules chargées de glycogène et beaucoup de glycogène dans les cellules comme y a insisté SCHRAMM. Ces quatre éléments sont les éléments vaginaux caractéristiques de l'équilibre hormonal d'une gestation normale :

— taux des éosinophiles;
— taux des noyaux pycnotiques;
— taux des cellules chargées de glycogène;
— charge plus ou moins grande de chaque cellule en glycogène indiquée par les coefficients 1, 2 ou 3.

Lorsque l'équilibre cesse d'être normal, on voit le frottis évoluer vers le type folliculinique du cycle, c'est-à-dire que le taux des acidophiles et le taux des noyaux pycnotiques augmentent tandis que diminuent la proportion des cellules chargées de glycogène et la charge de glycogène de chaque cellule.

Malheureusement tenir compte de 4 éléments qui ne varient pas exactement en parallélisme, pour en tirer une conclusion est difficile. Lire 4 chiffres aussi dissemblables ne laisse qu'une impression vague qui conduit à une interprétation finale très malaisée avec de grandes divergences : tel lecteur attribuant à tel chiffre l'importance majeure, tandis, que tel autre fixe par ailleurs son intérêt principal. En pratique, il serait satisfaisant que ces quatre chiffres fussent réduits à un seul qui serait un coefficient d'ensemble tenant compte de tous et donnant à chacun une importance toujours identique. C'est dans ce but qu'avec F. Lepage et B. Schramm, nous avons établi une formule qui n'a aucune prétention mathématique — loin de là — mais, n'est qu'un moyen de lecture commode et synthétique des 4 chiffres utiles. Cette formule est un rapport entre les 2 chiffres du glycogène et les deux chiffres de l'indice karyopycnotique et d'acidophilie. En mettant les premiers qui doivent normalement augmenter au numérateur et les seconds qui doivent normalement diminuer au dénominateur, on doit amplifier leurs variations en sens inverse et la formule doit aboutir à un indice synthétique à peu près valable. Il élimine en tout cas, beaucoup d'arbitraire et à l'avantage d'offrir une possibilité très simple de comparaison. On peut ainsi en quelque sorte dresser une courbe de l'évolution des frottis au cours de la grossesse.

Schramm a mis au point cette technique (1). L'indice dit de Surveillance (I.S.) de la gestation s'exprime ainsi :

$$\text{I.S.} = \frac{\text{indice glycogénique} \times \text{charge en glycogène (1, 2 ou 3)}}{\text{Indice acidophilique} + \text{Indice karyopycnotique}} = > 20$$

Cet indice monte d'ailleurs presque régulièrement du début à la fin de la grossesse où il atteint la moyenne de 30.

Un indice compris entre 10 et 20 correspond à une gestation dont l'évolution est douteuse. Un coefficient inférieur à 10 est d'un mauvais pronostic; étant bien entendu qu'une seule épreuve ne permet pas de jugement, mais que trois épreuves concordantes sont nécessaires; étant bien entendu aussi que l'on controlé, l'absence d'infection aiguë ou de vaginite à tricomonas.

(1) Voyez la thèse de Bucher : Paris 1952 et notre communication au Congrès d'Alger dans le Bulletin de la Fédération des Gynécologues et Obstétriciens de langue française : N° 3 bis, 1952, page 513.

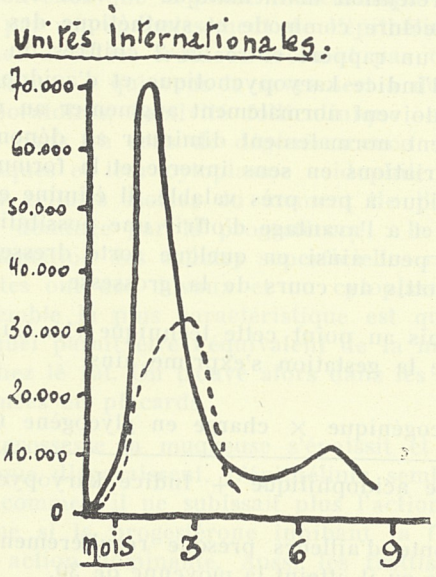
Les chiffres sont assez significatifs :

Parmi les femmes dont l'indice est inférieur à 10, : 73 % avortent,

Parmi les femmes dont l'indice est supérieur à 10 : 72 % vont à terme. Il semble donc bien que les frottis aient une valeur pronostic non négligeable et que le petit procédé d'interprétation ou de lecture que nous avons indiqué avec LEPAGE et SCHRAMM soit de nature à en faciliter l'utilisation pratique.

LES RENSEIGNEMENTS DONNES PAR LE DOSAGE DES PROLANS

Le dosage des prolans est entré depuis longtemps dans la pratique courante pour le diagnostic de la mort de l'œuf. Mais la mort est l'aboutissant d'une évolution que des dosages successifs devraient pouvoir saisir. A condition que l'on se souvienne d'abord de la courbe normale de la prolanémie ou de la prolanurie dans le cours de la gestation et que l'on discute les résultats avant de conclure.



Prolanémie (en trait plein, d'après Jones)
Prolanurie (en pointillé, d'après Cheymol et Henry)
(Extrait de M. F. Jayle : Elimination des Gonadotrophines et des stéroïdes au cours de la grossesse)

La courbe normale montre en effet que des baisses rapides entre le 2e et le 3e mois sont absolument normales et qu'une baisse faible, mais progressive ensuite est encore normale.

Et, il faut au contraire avoir présent à l'esprit qu'une ascension des prolans, durable et de quelque importance après le 3e mois appartient à la pathologie. Vous me direz qu'il est paradoxal de considérer comme pathologique, la surabondance d'une substance qui émane de

l'œuf et qui devrait donc signifier hypervitalité. Pas forcément, car la surabondance n'est pas le fait toujours d'une hyperproduction, mais semble bien assez souvent tenir à une insuffisance d'utilisation : Défaut d'utilisation ? Cela semble démontré et l'on comprend alors la relation avec une diminution de la vitalité ovulaire.

L'interprétation des taux des prolans n'est donc pas des plus simples. Voici deux observations qui montrent à la fois leur intérêt et la prudence avec laquelle le clinicien doit les utiliser.

J'ai eu à suivre il y a quelques années la 8e grossesse d'une femme qui avait auparavant fait 7 avortements de 4 à 6 mois. C'est dire combien cette nouvelle gestation était systématiquement inquiétante. Les premiers mois se passèrent sans incident : le développement de l'utérus se faisait normalement et régulièrement. Pourtant au 4e mois je demandai un dosage à Hinglais : 750 unités lapins. C'était peu : l'activité placentaire paraissait bien nettement au-dessous de la normale et dès ce moment l'évolution parut fort compromise, malgré l'optimisme que laissaient encore les apparences cliniques. Six semaines plus tard, le dosage montrait 1000 unités. Cela n'était toujours pas très rassurant et cependant, le développement de l'œuf avait encore des apparences cliniques normales. Ça n'est qu'un mois plus tard que se manifestèrent les premiers signes cliniques anormaux qui furent d'emblée la disparition des mouvements actifs, puis celle des bruits du cœur.

Le dosage des prolans nous avait donc averti, dans ce cas, de l'accident probable près de trois mois avant que la clinique nous ait alerté très peu avant.

Mais voyez à propos du cas suivant combien nos interprétations doivent être prudentes.

Une malade vient me voir après une aménorrhée de plus de 2 mois. Je la connais depuis longtemps, mais sa paroi est très épaisse et rend l'examen difficile : le volume de l'utérus cependant, ne paraît pas correspondre à une gestation de 2 mois. Je ne conclus pas. Un mois plus tard, l'utérus ne me paraît pas avoir augmenté. Je demande à Hinglais un dosage de prolans; 500 unités lapin. Le développement paraissait vraiment très retardé s'il n'était déjà arrêté. Or, cette femme vint quelques semaines plus tard me montrer un utérus qui s'était beaucoup accru et dont le volume était devenu normal. Le doute n'était pas permis; la gestation continuait : elle se termina par la naissance d'un enfant de plus de 4 kgr.

Que s'est-il passé ? La grossesse a-t-elle un moment périclité comme tendent à la faire croire la concordance de la clinique et des prolans ? Hinglais et moi avons-nous tous deux fait erreur ? Je ne sais; mais c'est un exemple qui nous appelle à la prudence, sans infirmer d'ailleurs la très réelle valeur générale du dosage des prolans pour apprécier la vitalité d'un œuf suspect.

LE DOSAGE DES STEROIDES URINAIRES : suivant les techniques de JAYLE

En même temps qu'une abondante formation de prolan, et probablement liée à cette formation de façon encore imprécise, vous savez que la gestation détermine la sécrétion en quantités progressivement

COLLOGÈNE D'ARGENT

FURONCULOSE
Abcès du sein
Urétrites banales
COLIBACILLOSE

ADULTES : 8 à 12 comprimés par jour pendant 4 semaines

ENFANTS { à partir de 7 ans : 3 à 6 comprimés par jour
jusqu'à 7 ans : 1 comprimé par jour

—o—

AUCUNE TOXICITE

Laboratoires JEANSON — 4, rue du Marché Saint-Honoré
PARIS (1er) — Tél. : OPÉra 07-80

croissantes de folliculine et de progestérone. C'est une notion actuellement fondamentale de l'endocrinologie gravidique, que l'évolution normale de la gestation exige, entre autres conditions, un équilibre de ces deux hormones, déterminé et probablement assez précis.

Un des éléments les plus importants de la surveillance de la gestation serait la détermination régulière du rapport folliculine sur progestérone. Il est inutile de vous dire que cela n'est pas réalisable en clinique.

Actuellement nous en sommes réduits à des dosages urinaires c'est-à-dire à des dosages de produits d'élimination qui déforment peut-être beaucoup la réalité fonctionnelle; et nous en sommes réduits à des dosages non absolument scientifiques ce qui nous éloigne peut-être plus encore du réel.

Je m'explique :

Quelques remarques préalables sur les G.B.S., le prégnandiol, les phénolstéroïdes et la folliculine dosés suivant les méthodes de Jayle.

Je vous rappelle que JAYLE dont le laboratoire est atténuant à ma consultation de stérilité à l'Ecole de Puériculture dose deux groupes de corps qui en principe doivent correspondre : l'un à la fonctiton lutéinique ou progestative ; l'autre à la fonction folliculinique.

— Les produits représentatifs dans l'urine de la fonction lutéinique sont les Glycuronides Butylo Solubles (G.B.S.) parmi lesquels se trouve le Prégnandiol (PG) qui correspondrait peut-être plus spécialement à la progestérone proprement dite, mais qui est accompagné de lutéoïdes divers : alloprégnane, prénandione et surtout prégnanolone. Auxquels s'ajoutent encore des androïdes : androstane, aétiocholane, androstérone, aétiocholanolone, etc... qui sont probablement d'origine surrénalienne.

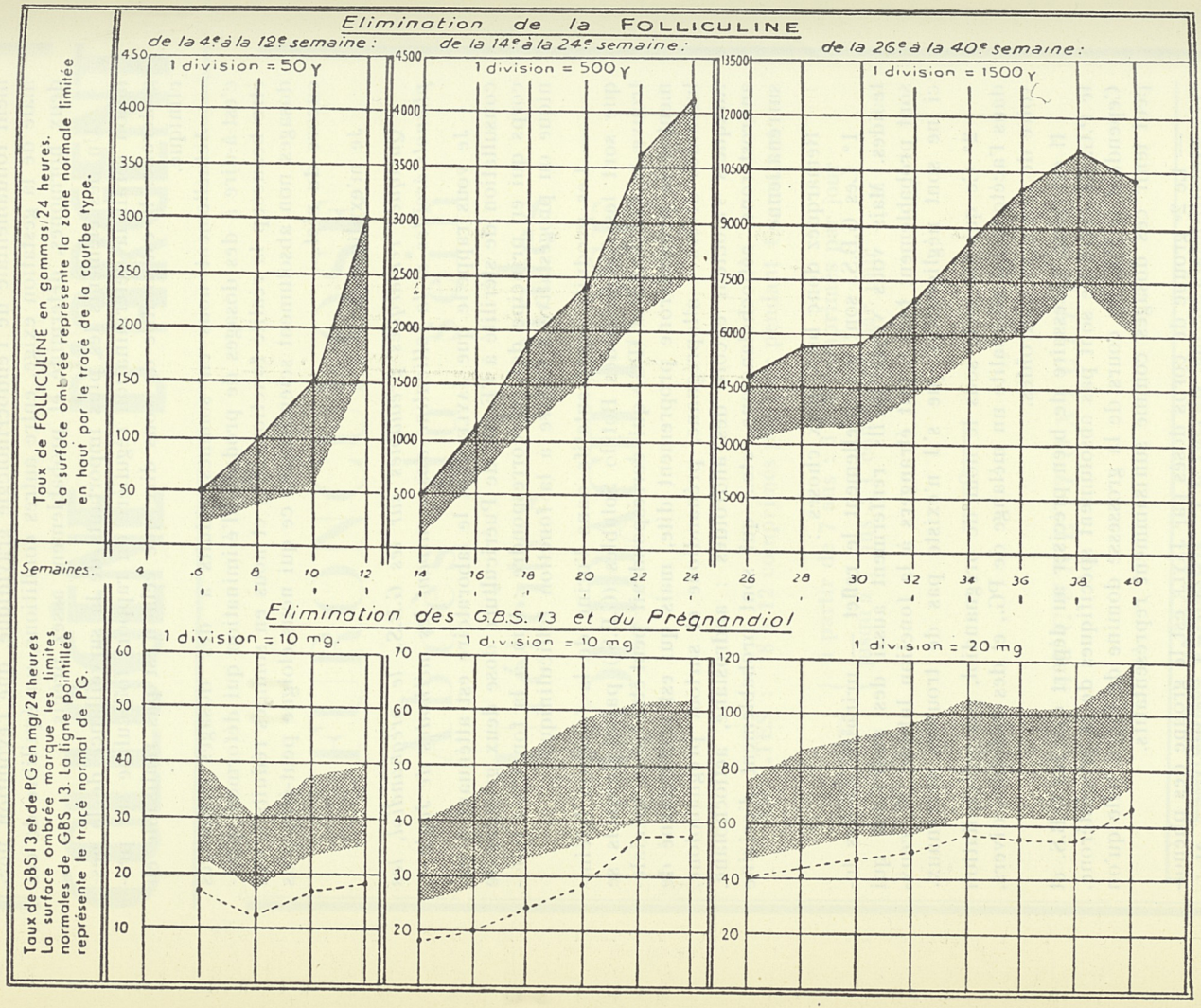
Remarquez donc bien deux choses :

1° Les G.B.S. sont essentiellement le reflet — urinaire — des lutéoïdes. Mais vous voyez qu'ils renferment aussi des androïdes qui sont probablement tout à fait étrangers à la fonction lutéale. Et, ceux-ci ne sont négligeables que s'il n'existe pas de troubles surrénaux.

2° Ce qui est isolé sous le nom de prégnandiol, par précipitation dans l'acétone est en réalité un mélange de PG., et des lutéoïdes divers, voire de quelques androïdes.

Il est donc nécessaire de bien préciser au départ que les G.B.S. et le P.G. de JAYLE ne sont pas absolument spécifiques de la progestérone. Cependant le P.G. au cours de la grossesse domine de façon telle qu'on peut tenir ces dosages comme suffisamment représentatifs.

— Le 2e groupe de corps dosés par JAYLE est le groupe des phénolstéroïdes, parmi lesquels se trouve la ou plutôt les folliculines. Mais ici encore, il faut faire deux remarques :


Elimination de la FOLLICULINE
de la 4e à la 12e semaine :
1 division = 50 γ
de la 14e à la 24e semaine :
1 division = 500 γ
de la 26e à la 40e semaine :
1 division = 1500 γ
Taux de FOLLICULINE en gammas/24 heures.
La surface ombrée représente la zone normale limitée en haut par le tracé de la courbe type.
Semaines :
Elimination des G.B.S. 13 et du Prégnandiol
1 division = 10 mg.
1 division = 10 mg
1 division = 20 mg
Taux de GBS 13 et de PG en mg/24 heures
La surface ombrée marque les limites normales de GBS 13. La ligne pointillée représente le tracé normal de PG.

1° Les phénolstéroïdes contiennent à côté de la folliculine des chromogènes dont certains n'ont probablement rien à voir avec les œstrogènes, mais seraient d'origine surrénale;

2° La folliculine dosée est en réalité un mélange, d'œstrone et d'œstriol dont les rapports relatifs changent énormément au cours de la grossesse ce qui n'est pas sans intérêt étant donné que leurs activités biologiques respectives sont très différentes : l'œstradiol dominant au début étant très actif, tandis que l'œstriol dominant de très haut à la fin n'a qu'une action œstrogénique faible.

J'ai cru nécessaire de faire ces quelques remarques préalables pour que vous sachiez bien la valeur relative des dénominations que nous emploierons et pour ne rien vous cacher des causes d'erreurs certaines que nous admettrons au départ :

— erreur ou plutôt infidélité représentative des réalités fonctionnelles parce que nous dosons des produits d'élimination;

— erreur possible dans l'interprétation des résultats parce que nos dosages ne sont pas spécifiques.

Notre instrument de travail n'est donc pas facile à manier, car il n'est pas parfait. Mais vous verrez que malgré ces imperfections, il ne laisse pas de nous donner des indications extrêmement précieuses.

Les enseignements, provisoires, de notre expérience personnelle d'utilisation clinique des dosages des stéroïdes urinaires.

Bien que nous ayons utilisé les dosages des stéroïdes urinaires dès la première heure, notre expérience est courte. Car les patients travaux de Jayle n'ont pu construire que lentement l'édifice actuel de nos conceptions et que les techniques ne se sont dégagées que peu à peu de leurs imperfections initiales. De sorte qu'une très grande partie des documents amassés n'est pas utilisable. Pratiquement seuls peuvent être considéré comme valables ceux des deux dernières années. Naturellement, je n'ai retenu que les observations comportant non pas un, mais une série de dosages, chaque dosage comportant lui-même les 3 chiffres de G.B.S. du Prégnandiol et de la folliculine. C'est de l'examen de ces documents seuls, que j'ai tiré quelques notions, — encore très hésitantes et entourées pour moi-même encore de beaucoup d'obscurités, — que je vais vous présenter.

Voici ces quelques notions :

1° *Là où l'on constate une progression normale des stéroïdes l'évolution de la gestation se poursuit presque toujours normalement jusqu'à terme.*

Vous verrez sur la figure ci-jointe qui reproduit nos feuilles d'observations les normes tracées d'après les données de Jayle. Elles vous diront plus clairement que je ne saurais le faire l'évolution des 3 stéroïdes essentiels. C'est sur ces feuilles que nous donnent à tout moment les valeurs normales que nous traçons les courbes de nos patientes : nous pouvons ainsi apprécier du premier coup d'œil si elles se

maintiennent dans les limites régulières ou si elles s'en écartent. Dans les cas où la courbe se maintient dans la zone normale ou à son voisinage immédiat, le pronostic est en principe bon. Nos observations nous montrent que la gestation 35 fois sur 40 a été à terme ou près terme.

2° *La où l'on trouve des insuffisances globales sérieuses la gestation a peu de chances d'aller à terme si elle n'est déjà interrompue.*

Obs. 1 : Voici une malade chez qui un premier dosage au début du 3e mois alors qu'elle perdait déjà un peu de sang montre une folliculine très basse avec G.B.S. et le Pg. bas aussi, mais cependant moins éloignés de la normale. La situation est inquiétante, mais ne paraît pas encore perdue; Aux dosages suivants les G.B.S. et le Pg s'effondrent malgré un traitement au distilbène : la grossesse est considérée comme arrêté. L'avortement survient en effet un mois après environ : l'œuf était manifestement mort depuis plusieurs semaines.

Obs. 2 : Autre observation. Une femme a fait successivement un accouchement prématuré puis, 3 avortements de 4 mois. Surveillée dès le début de la 5e gestation, elle montre d'abord des éliminations urinaires presque normales à la 7e semaine. A l'examen suivant, 13e semaine les taux ont baissé de moitié pour les G.B.S. et le Pg. alors qu'ils auraient dû doubler. Et, la folliculine a baissé notablement alors qu'elle aurait dû quintupler. L'interruption ne paraissait pas douteuse : elle s'est produite quelques jours plus tard. Mais je vous parlerai dans un instant de la grossesse suivante de la même femme qui a pu aller à terme. Pour cette grossesse la chute globale des stéroïdes nous avait exactement prévenu.

Pourtant il ne faut pas être trop affirmatif : même avec des taux bas ou même très bas et constamment très inférieurs à la normale, certaines gestations vont cependant à terme ou près du terme.

Obs. 3 : Chez une femme atteinte de néphrite chronique, nous trouvons au début du 5e mois des taux de G.B.S. et de Pg. très faibles, à peine égaux à 1/5 de la normale. La folliculine est à 280 au lieu de 18 à 1900. On porte un pronostic très mauvais; et pourtant la gestation continue bien que le taux des stéroïdes augmente à peine. Le PG. près du terme n'atteint pas 9 mmgr. alors qu'il devrait être à 60 ou 80 et la folliculine n'atteint pas 2000 γ alors qu'elle devrait être au-dessus de 10.000. Malgré quoi, l'accouchement se produit à terme; mais l'enfant il est vrai est un débile de 2720 gr. et atteint d'anophtalmie bilatérale.

J'ignore naturellement le rapport qu'il peut y avoir entre la néphrite de la mère, la malformation oculaire de l'enfant et l'anomalie d'élimination des stéroïdes. Mais, je dois souligner que l'évolution à terme n'est pas absolument incompatible avec des taux très faibles de G.B.S., de PG, et de folliculine.

Il faut reconnaître que les observations de ce genre sont des exceptions. Sur 10 cas d'insuffisance globale grave, je compte 7 gestations interrompues

3° *Les insuffisances sont souvent dissociées et peuvent portert soit sur les G.B.S. et le PG, soit sur la folliculine.*

Les insuffisances lutéales (dont témoigne l'abaissement des G.B.S. et du PG) peuvent être très graves, mais beaucoup de celles que l'on

observe au début de la gestation peuvent être redressées par l'administration de distilbène et n'empêchent pas ensuite une évolution normale. Mais le redressement n'est pas toujours obtenu. Les deux observations suivantes illustrent cette notion qui vient d'être confirmée récemment par M. Robey (obs. 4 et 5) :

Obs. 4 : Mme H... qui a fait 3 accouchements à terme et 2 avortements présente au cours d'une 6e grossesse une élimination folliculinique normale, ou un peu faible pendant la seconde moitié. Par contre, les G.B.S. et le Pg. deviennent rapidement inférieurs à la moyenne. Traitée par des œstrogènes, cette femme a été à terme bien que ni la folliculine, ni les G.B.S., ni le Pg. ne se soient relevés malgré des doses importantes de stilboestrol (40 mmgr).

Obs. 5 : La même malade au cours d'une autre gestation avait fait une insuffisance lutéale pure à partir du 3e mois qui,, traitée par du stilboestrol à doses croissantes (20 à 40 mmgr.) et de la progestérone avait été redressée dans les trois derniers mois et avait permis aussi l'accouchement à terme.

Les insuffisances folliculiniques semblent être souvent beaucoup plus graves que les insuffisances lutéales.

Obs. 6 : Une primipare suivie depuis le début de sa grossesse élimine d'abord des quantités normales de stéroïdes. Puis au 4e mois la courbe de folliculine cesse de monter ou à peu près et restera toujours inférieure au quart de la normale. La courbe des G.B.S. et PG. a fléchi en même temps, mais beaucoup moins et s'est même redressée après le 6e mois. Malgré cela on ne traite pas. L'accouchement se produit au 8e mois. L'enfant est mort-né.

Obs. 7 : Lors d'une grossesse suivante, la même femme fait à la même époque une nouvelle insuffisance folliculinique accompagnée encore d'un moindre fléchissement des G.B.S. et du Pg. Cette fois, on la traite par des doses massives d'œstrogènes : jusqu'au 5000 γ d'éthinyl œstradiol associé à 15 mmgr. de lutocycline. La courbe lentement et difficilement s'est redressée sans jamais rejoindre la normale. Une césarienne pratiquée à la 34e semaine a donné un enfant de 2000 gr. seulement.

Obs. 8 : Voici maintenant une insuffisance folliculinique décelée dès la 8e semaine, très sévère jusqu'à la 17e. Des doses importantes d'œstrogènes (20 mmgr. de stilboestrol et 40 mmgr. en pellets) la redressent péniblement et incomplétement. Accouchement à 8 mois 1/2 environ d'un débile de 1750 gr. qui meurt au bout de quelques heures. Mais le cas est complexe. Il existait une incompatibilité sanguine Rh. Cause ou témoin, l'insuffisance folliculinique a en tout état de cause accompagné ce mauvais cas.

Obs. 9 : Et pour terminer, je dois vous relater la 6e grossesse de la malade, citée, sous le n° 2. Cette femme fit cette fois une insuffisance folliculinique sévère de la 22e à la 32e semaine. A la même époque, les G.B.S. et le Pg. ont fléchi, mais beaucoup moins. On a mis en place 40 mmgr. d'œstradiol en pellets à quoi l'on a ajouté quelques milligrammes d'ovocycline quotidiens. La courbe s'est redressée; avec un retard de plus de 2 semaines d'ailleurs, mais le redressement a été vigoureux. La grossesse alla à terme. Mais l'enfant ne pesait que 2450 grammes.

Dans bon nombre de cas, les insuffisances folliculiniques sévères accompagnent donc des gestations de très mauvaise qualité. Tantôt les enfants naissent morts; tantôt ils naissent plus ou moins débiles. Ce

pas le taux de prégnandiol, cet auteur conseille d'administrer de la progestérone sous la forme de solution microcristalline à raison de 50 mmgr. tous les 5 jours. Le prégnandiol s'élève alors souvent dit-il, et la grossesse se poursuit. S'il ne s'élève pas c'est que l'œuf ne métabolise plus la progestérone; dans ces conditions, l'avortement survient presque fatalement. La thérapeutique substitutive ou présumée telle, pourrait donc quelquefois être efficace.

En ce qui concerne la folliculine, il semble que nous n'ayons que la possibilité du remplacement. On donne alors des œstrogènes variés et parfois à haute dose. Nous avons ainsi placé des pellets ou fait ingérer des doses parfois énormes jusqu'à 4 et 5000 γ quotidiens d'éthinyl œstradiol. Nous en sommes nous-mêmes effrayés en songeant aux atteintes hypophysaire éventuelles du fœtus. L'essai pourtant ne peut être refusé à des malades qui avortent systématiquement. Mais cette thérapeutique est-elle efficace ? Certaines observations en donnent l'impression, témoin une de nos malades qui a présenté à deux grossesses successives des insuffisances folliculiniques de même type survenues vers le 4e mois. Non traitée à la première elle a accouché prématurément avant 8 mois d'un enfant mort-né. Traitée à la suivante par des doses massives elle a accouché à 8 mois 1/2 d'un enfant de 2000 gr. qui a vécu.

Mais souvent on échoue et l'on peut penser que l'échec est inévitable. Car, il est probable que l'insuffisance folliculinique n'est dans bien des cas que le témoin d'un dysfonctionnement placentaire très général que l'apport extérieur pur et simple de folliculine ne saurait redresser. L'œuf peut-il même utiliser cette folliculine étrangère ? Et, si l'insuffisance placentaire est secondaire, voire même en quelque sorte terminale ? secondaire par exemple à une greffe sur un mauvais terrain ou à une mauvaise qualité initiale, héréditaire de l'œuf; en quoi l'apport de folliculine peut-il changer la situation ?

Ces considérations sont destinées, non à vous détourner d'essais thérapeutiques que nous ne pouvons refuser à nos malades mais à vous montrer la complexité du problème. Ne demandez donc aux dosages que ce qu'ils peuvent donner : c'est à dire un renseignement sur la vitalité ovulaire essentiellement utilisable pour le pronostic et que au point de vue thérapeutique peut vous donner aussi une orientation. Mais n'accusez pas le dosage de vous avoir mal orienté si votre thérapeutique échoue. Ce serait méconnaître complètement la distance qui sépare une donnée biologique d'un traitement efficace.

5° *Autres façons d'utiliser les dosages des stéroïdes urinaires.*

Pigeaud et ses collaborateurs dosant le pregnandiol par la technique de Bethoux différente de celle de Jayle, nous a apporté deux notions que je crois devoir vous signaler :

a) *Les dosages combinés des hormones gonadotropes et du pré-*

gnandiol permettraient un pronostic assez précis dans les menaces d'avortement.

Les dosages de prolan sont fait sur rana esculenta en raison de la simplicité de la technique : 4 lots de grenouilles sont injectés avec 2 cc ; 1 cc 5 ; 1/10 cc. Si les 4 lots répondent positivement et que le PG. soit supérieur à 10 mmg, le pronostic est bon. Si la réponse est négative et le Pg. inférieur à 5, la grossesse est arrêtée.

Lorsque les ranadosages sont en partie négatifs, il faut refaire 2 à 3 dosages à 48 heures d'intervalle : si les dosages évoluent dans le sens négatif, la grossesse est arrêtée ;si au contraire sous l'influence d'un traitement stilbœstrol ou par progestérone, ils évoluent vers une positivité plus étendue, la grossesse continue son évolution.

La simplicité de telles recherches mérite qu'on les prenne en considération.

b) PIGEAUD *se sert en outre des dosages de prégnandiol pour évaluer la gravité des néphropathies gravidiques.*

Le PG. est presque toujours abaissé dans les formes avec grande hypertension ; il est souvent abaissé dans les formes avec œdémes et hypertension modérée.

Mais le dosage du PG. est surtout utile pour évaluer la menace G. qui pèse sur le fœtus. Nous savons tous combien est difficile la conduite à tenir dans les néphropathies gravidiques sévères. Que ce syndrome tue souvent le fœtus, c'est un fait établi. Mais il nous est arrivé à tous de césariser des femmes, en prévision d'un accident fœtal et de nous demander ensuite si notre opération était réellement justifiée. Et inversement nous avons souvent regretté d'avoir trop temporisé. Tous cela parce que rien, hors la notion statistique, ne nous permet de préciser dans un cas particulier, si l'enfant est ou n'est pas réellement menacé. Si les observations de PIGEAUD sont confirmées, nous aurons désormais un guide.

— Lorsque le PG. est normal : 9 enfants naissent vivants sur 10 et le 10 ème est probablement mort d'iso-immunisation.

— Lorsque le PG. est peu abaissé, les enfants naisseni vivants.

— Lorsque le PG. est très abaissé, 4 enfants sur 7 naissent morts et les 3 autres sont des débiles.

Je n'ai pas eu l'occasion de vérifier les résultats de PIGEAUD, mais on peut penser que son idée n'est peut-être pas applicable qu'aux néphropathies gravidiques. Rien n'empêche de penser que le contrôle de PIGEAUD serait valable dans d'autres circonstances où l'on suspecte une diminution sérieuse de la vitalité fœtale, — comme dans les grossesses prolongées, le diabète, etc...

NOUVEAUX PROCEDES D'EXPLORATIONS

Je devrais maintenant vous parler de toute une série de réactions maternelles provoquées par la présence de l'œuf et qui peuvent servir utilement un contrôle biologique de la grossesse. Je pense en particulier :

1° au pouvoir protéolytique de sérum sanguin;

2° au pouvoir hystaminolytique du sérum;

3° au pouvoir ocytocitique sérique.

Les deux premiers n'ont été jusqu'ici que peu utilisés en clinique; il me suffit de vous les citer et de vous indiquer une ou deux références qui vous permettraient de vous documenter le cas échéant : le pouvoir antiprotéolytique du sérum sanguin au cours de la grossesse a été étudié par H. VIGNES et R. LEBRETON dans le journal de Physiologie 1950 - 42, p. 39 et dans la thèse de LEBRETON, Paris 1946.

Quant au pouvoir histaminolytique du sérum, il vient de faire l'objet d'une très belle étude de R. VANDEN DRIESCHE dans les Annales de la Société Royale des Sciences Médicales de Bruxelles : 6, 1953, n° 1, p. 5.

Je crois par contre devoir vous dire quelques mots du pouvoir ocytocique sérique très étudié depuis quelque temps par SUZOR et JURET. *Les renseignements fournis par le pouvoir ocytocique sérique* (P.O.S.)

Le P.O.S. dit JURET est le pouvoir excitomoteur d'un sérum recueilli depuis 4 ou 5 heures, mesuré sur la corne utérine, isolé de la rate, et exprimé comparativement en millième d'unités de pitocone par centicube.

Tout sérum présente un pouvoir ocytocique. Pour les grossesses d'un âge donné le pouvoir est assez variable — du simple au double — mais indépendemment de ces écarts individuels, il augmente progressivement au cours de la grossesse. Il part de 12 à 37 millièmes à 1 mois et demi pour atteindre 30 à 57 au 9e mois et retomber rapidement ou progressivement après l'accouchement. Les résultats donnés par SUZOR et JURET sont les suivants :

92 hypérocytocinémies : dans ces cas, les œstrogènes de synthèse en particulier le stilboestrol ont une action évidente ; 1 à 10 mmgr. de stilboestrol dans les 3 premiers mois, 10 à 20 milligrammes ensuite provoquent la chute du pouvoir ocytocique. Deux exceptions sur 92 rentrèrtent dans la norme après administration des doses supérieures.

29 ocytocinémies normales ou diminuées. Dans ces cas les œstrogenes donnent des résultats très décevants : 13 échecs. Il semble alors que la progestérone soit plus indiquée que le stilboestrol.

Cette analyse très succincte du travail de SUZOR et JURET suffit à vous montrer son intérêt. Il est curieux de contrôler l'action du stilboestrol par cette méthode, qui semble très éloignée de la conception

TRIPTYQUE BI-HORMONAL "ROLLAND"



Hyperfolliculinie
Troubles Prémenstruels
Fibromyomes

Aménorrhées
(Méthode de Zondek)
Avortements répétés

Ménopause
Frigidité
Andropause

REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Ampoules injectables de 1 cc. Suppositoires même dosage

LABORATOIRE DE L'HÉPATROL
4, Rue Platon — Paris XVe

VAGOPROL

SÉDATIF DES DYSTONIES NEURO-VÉGÉTATIVES

SPÉCIFIQUE
DE L'ÉMOTIVITÉ
ET DE L'ANXIÉTÉ





Ethylisopropyl α bromacétamide,
0,20 ctg pour une dragée
suppositoires (adultes, enfants)

ÉMOTIVITÉ
NERVOSISME
ANXIÉTÉ
IRRITABILITÉ
INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES NERVEUX DE LA MENSTRUATION
ET DE LA MÉNOPAUSE

Remboursés par la Sécurité Sociale

LABORATOIRE DE L'HÉPATROL
4, Rue Platon — Paris XVe

sur laquelle a été fondée initialement son usage par les SMITH. Peut-être comprendrons-nous cette concordance lorsque nous saurons ce que représente le pouvoir ocytocique sérique et ce qui régit ses variations. En attendant, il semble bien que SUZOR et JURET nous aient dotés d'un moyen d'investigation intéressant.

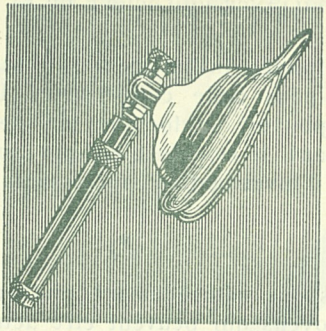
*
* *

Je ne prétends pas naturellement avoir dressé un catalogue complet de tous les moyens qui peuvent être actuellement utilisés pour le contrôle biologique de la gestation. Si je vous ai rapporté les derniers, dont je n'ai personnellement aucune expérience c'est pour vous montrer combien sont variées et nombreuses les directions des recherches actuelles.

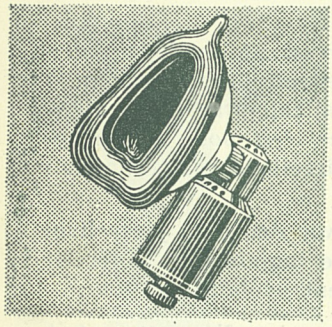
Chacun sent en effet la nécessité de trouver des tests permettant à tout moment de venir en aide à la clinique impuissante à déceler les incidents ou les accidents du développement ovulaire.

Notre surveillance de la gestation se borne actuellement en fait, comme il y a 40 ans, à dépister les maladies maternelles supposées capables de retentir sur l'œuf; à mesurer grossièrement l'acroissement du volume de l'utérus; et à dépister les toxémies par la recherche de l'albuminurie et la prise de la tension artérielle. Tout cela est sans doute très utile, mais combien insuffisant ! C'est avec cette pauvreté de moyens que nous avons si souvent l'humiliation de porter des pronostics que les événements démentent ensuite avec une fort désagréable évidence. Nous n'éviterons ces erreurs que lorsque nous disposerons de tests simples nous permettant régulièrement tout au long de la gestation de vérifier la bonne évolution du développement ovulaire. Je dis *des* tests et non pas *un* test parce qu'on peut supposer que les multiples rouages du mécanisme qui assure le développement de l'œuf, sont susceptibles de grincer isolément avant que leur arrêt ne provoque la souffrance puis la paralysie de l'ensemble.

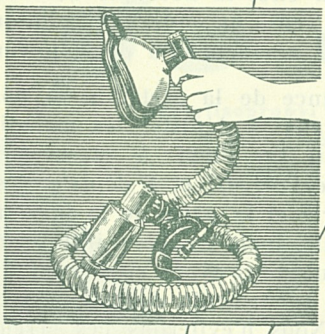
Des moyens d'exploration, nous commençons à en avoir. La diversité même, vous l'avez vu, ne nous manque pas. Mais, dire que ces moyens d'exploration sont dès maintenant des tests simples serait vraiment excessif. Tous ont une technique compliquée; tous demandent une interprétation difficile. Nous en sommes donc encore à l'époque ou la clinique s'efforce de tirer parti des recherches des biologistes. Il faut reconnaitre que nous avons moins de certitudes dans le présent que de bonnes, mais il est vrai de sérieuses promesses pour l'avenir.



trilène n° 1



trilène n° 2



trilène n° 2
avec montage spécial de fixation

Toute la gamme des appareils inhalateurs pour auto-analgésie

TRICHLORÉTHYLÈNE

ICI

LABORATOIRES AVLON S. A.

21, avenue Victor Hugo - Paris 16e - Tél. : Klé. 12-70

CONCESSIONNAIRES DE IMPERIAL CHEMICAL (PHARMACEUTICALS) LTD. FILIALE DE IMPERIAL CHEMICAL INDUSTRIES LTD.

TUNISIE : Ets NOTE - 61, Avenue Garros - TUNIS - Téléphone : 97.090

PUBLICIS

Sur une technique nouvelle d'analgésie obstétricale : L'ANALGÉSIE POTENTIALISÉE

par M. LAGOMME

—o—

(Conférence faite en mars 1953)

Une analgésie obstétricale réellement utilisable en pratique quotidienne m'avait toujours jusqu'à présent semblé une chimère par suite de la quasi impossibilité de concilier trois impératifs en apparence absolument contradictoires :

— réaliser une algésie de longue durée, afin de couvrir toute la durée de la dilatation, même et surtout si celle-ci est spasmodique et traîne en longueur;

— ne pas arrêter malgré tout, les contractions;

— et enfin ne risquer aucun effet sur la mère, ni sur l'enfant.

Comment concevoir une analgésie de plusieurs heures qui ne soit pas toxique et qui laisse se poursuivre le travail ! J'avoue que je ne l'ai pas cru possible. Et pourtant ces inconciliables sont aujourd'hui bien près d'être conciliés.

— L'arrêt du travail ne nous inquiète plus guère : la perfusion hypophysaire nous donne, dans le cas ou cela serait nécessaire, une possibilité d'agir remarquablement efficace;

Bien mieux, nos possiblités de diriger le travail, sont tels aujourd'hui que nous sommes capables de contenir très habituellement sa durée dans des limites raisonnables : nous pouvons donc partir dans des essais d'analgésie sans trop d'arrières pensées, ni quant à un éventuel arrêt des contractions, ni quant au risque d'avoir à couvrir des durées de travail démesurées;

— La question de la toxicité est je crois, aussi bien près d'être résolue, par la potentialisation : lorsque j'ai vu apparaître en chirurgie, les anesthésies potentialisées, j'ai eu, l'impression que l'extension de l'idée à l'analgésie obstétricale pourrait nous faire accomplir un grand progrès.

Ce sont les essais effectués en partant de ces bases nouvelles dont j'ai cru qu'il serait intéressant de vous parler aujourd'hui.

QUELQUES MOTS DE PHYSIO-PATHOLOGIE

La *potentialisation;* Les *ganglioplégiques* et *les réactions douloureuses du travail.*

Vous savez en quoi consiste la potentialisation des anesthésiques. H. LABORIT, notre confrère de la marine, aux remarquables tra-

vaux de qui nous devons cette méthode, s'exprime ainsi, « Il s'agit dit-il, de placer l'organisme, au moyen d'agents pharmacodynamiques ne possédant par ceux-mêmes pas ou peu de propriétés anesthésiques, dans les conditions telles que les anesthésiques même peu puissants, soient capables d'agir très efficacement à doses très faibles ».

— *Intérêt de réduire le métabolisme de base et de bloquer les réactions centrales et neurovégétatives.*

Ces conditions telles, c'est essentiellement un métabolisme basal réduit, dans la mesure du possible. Je ne suis pas anesthésiste, mais je crois avoir compris que la base de la potentialisation en anesthésie est cette notion due à Arthur Guedel que la sensibilité d'un sujet aux anesthésiques généraux est directemenlt dépendante du taux de son métabolisme de base. Plus le métabolisme est haut et plus il faut d'anesthésique, et plus il est bas, plus on peut diminuer les doses.

Or, les variations du métabolisme paraissent surtout commandées par :

— L'état des centres nerveux supérieurs;

— Le fonctionnement musculaire;

— Le jeu du système neuro-hormonal dont dépend la libération des hormones hypophysaires, puis les réactions sympathiques, thyroïdienne et surrénalienne dont nous connaissons l'action sur nos combustions organiques.

Dans le cas particulier de la femme enceinte, nous ne devons ni ne pouvons penser à réduire certaines contractions musculaires : la contraction utérine nous est indispensable. Mais on peut et on doit réduire *l'agitation qui l'accompagne.*

Nous pouvons et nous devons chercher de même à réduire l'excitation des centres supérieurs dont *la peur* et la douleur sont probablement pendant le travail les excitants en quelque sorte spécifiques. Enfin, nous pouvons et nous devons essayer d'agir sur le sympathique, car la libération d'adrénaline qu'il déclenche sous l'effet d'une émotion ou d'une agression quelconque est un réflexe rapide — et par son intermédiaire la libération de glycogène est rapide et puissante.

Il est donc utile d'essayer de bloquer tout ce mécanisme hypermétabolisant et qui par lui-même augmente la souffrance de l'organisme.

Je me demande d'ailleurs, si la méthode de Reed n'a pas seulement pour effet d'atténuer quelques-unes des réactions dont nous venons de voir que le blocage est désirable. Et, supprimer par la psychothérapie et quelques moyens simples les réflexes conditionnés de Pavloff est-il faire autre chose ?

Quoiqu'il en soit, nous nous sommes proposés — quant à nous — de supprimer ou au moins de diminuer les réactions hypermétabolisantes qui sont aussi des réactions épuisantes pour l'organisme par les

ganglioplégiques. très avantageuse en soi, cette suppression ou cette diminution devrait en, outre nous permettre d'obtenir des analgésies de longue durée en n'utilisant que de très faibles doses de produits analgésiques.

— *Les possiblités que nous offrent les ganglioplégiques et particulièrement le* 4560 *R.P.*

— Le ganglioplégique que nous avons utilisé a été le 4560 R.P. (1) qui nous a paru dès le principe présenter des propriétés extrêmement intéressantes. C'est d'ailleurs plus qu'un ganglioplégique d'après les études expérimentales déjà faites. C'est un véritable neuroplégique.

1° *Il est sédatif du système nerveux central :* il est même un peu hypnotique, voire anticonvulsivant. Il détermine une sorte de torpeur. On a dit qu'il interrompait les relations cortex-diencéphale, réalisant une sorte de lobotomie pharmacologique. Cela est possible. Et, si cela est vrai nous pourrons la considérer comme très favorable :

— la mise au calme de la femme, la suppression de la peur, de l'angoisse, le « détachement » qu'on lui procure pourraient être déjà des bienfaits de très grande importance.

— la suppression ou au moins la diminution de l'agitation devrait s'en suivre;

— et la diminution du métabolisme de base qui résulte de tout cela devrait permettre une action accrue de tous les analgésiques.

Trois actions concordantes dans cet ordre d'idée qui sont déjà du plus haut intérêt.

2° *Il bloque la libération d'adrénaline,* d'où pas de libération de glycogène.

Nouvelle action sur le métabolisme de base qui s'ajoute aux précédents, de telle sorte que chez les animaux d'expérience le métabolisme peut être abaissé jusqu'à 20%.

3° *L'expérience directe est, suivant les physiologistes, très suggestive :* chez le rat 10 mmg d'éther sous-cutané donneraient 4 minutes *d'anesthésie, normalement,* 22 *minutes s'ils sont potentialisés par du* 4.560.

Même potentialisation de la morphine et du dolosal.

Une dose de 5 mmg de morphine par kilo qui n'a, chez l'animal aucun effet appréciable peut donner jusqu'à 99% d'analgésie si elle est potentialisée par 20 mmgr. de 4560 R.P. Avec 50 mmgr. de dolosal, le pourcentage d'analgésie passe dans les mêmes conditions de 15 à 100 %.

(1) Le produit a été commercialisé depuis peu sous le nom de Largactil.

Additionnez tous ces effets : nous devrions avoir dans le 4.560 R.P. un produit fort intéressant pour l'analgésie obsétricale :

— par lui-même en atténuant ou en supprimant les réactions corticales et en particulier l'émotion ou la peur;

— par lui-même encore et par voie de conséquence en atténuant ou en supprimant l'agitation d'impatience ou de désespoir si fréquente au cours des accouchements difficiles, et si épuisante pour les femmes;

— indirectement enfin par la réduction du métabolisme de base qu'il détermine et l'action potentialisatrice qu'il présente à l'égard des analgésiques ordinaires.

4° *Une condition préalable* à l'utilisation du 4.560 R.P. est toutefois essentielle : c'est qu'il ne soit pas lui-même un produit toxique. L'expérimentatin animale montre que les doses toxiques sont loin des doses thérapeutiques. L'administration sous-cutanée quotidienne de 20 mgr/kilo au chien pendant un mois ne détermine aucune mortalité. La dose que nous proposons est unique et inférieure à un mg par kilo. La marge est grande.

Mais, en ce qui concerne l'enfant ? A priori, nous ne devons pas concevoir beaucoup de craintes. Le 4560 R.P. est en effet, le ganglioplégique que nous avons utilisé pour réaliser l'hibernation, dont nous avons étudié l'action antishock. Si, le placenta permet le passage du 4560 R.P., on ne devrait avoir en principe aucun effet nocif à redouter. Bien mieux, il ne serait pas déraisonnable d'en escompter un effet favorable : il ne serait pas impossible que le fœtus déterminé par « l'agression » que représentent pour lui les contractions du travail puis la naissance.

Nous avons pu vérifier dans quelques cas, le passage transplacentaire du médicament qui nous a paru réel, quoique irrégulier et faible, mais faute de l'avoir jusqu'ici suffisamment utilisé pur, nous n'avons pas d'opinion sur les effets de protection fœtale dont nous venons de soulever l'hypothèse.

On peut conclure que l'étude pharmacodynamique était dans l'ensemble favorable à un essai d'utilisation clinique des propriétés propres et des propriétés de potentialiseur, du nouveau produit.

PREMIERS ESSAIS CLINIQUES D'ANALGESIE POTENSIALISEE

Nos premiers essais ont été fondés beaucoup plus sur les propriétés potentialisatrices du 4560 R.P. que sur ces effets propres. Nous l'avons utilisé pour activer les propriétés analgésiques bien connues du dolosal.

Technique : La technique utilisée a été très simple. A un ballon de 500 cc. de sérum glucosé on ajoute une ampoule de 50 mgr. de 4560 R.P. et une ampoule de 100 mgr. de dolosal.

ANTISEPTIQUE INTESTINAL

ENTERO VIOFORME

SPÉCIFIQUE DES DYSENTERIES A PROTOZOAIRES

IODE ORGANIQUEMENT COMBINÉ
INSOLUBLE
NON TOXIQUE
NON IRRITANT

Entéro-colites
Amibiase aiguë et chronique
Dysenteries parasitaires

COMPRIMÉS à 0,25 g.

608 **CIBA** 111, BOULEVARD VIVIER-MERLE - LYON • 57, QUAI D'ORSAY - PARIS

OPTALIDON

Le sédatif de choix de la douleur

—o—

DRAGÉES SUPPOSITOIRES

Laboratoires SANDOZ

6, Rue de Penthièvre — PARIS-8e

—o—

DEPOSITAIRE GENERAL :

M. JARMON — 10, Rue d'Espagne - TUNIS

Le mélange est injecté en perfusion veineuse. Le débit est réglé d'abord rapide, en gouttes pressées pendant 8 à 15 minutes — en moyenne une dizaine de minutes — jusqu'à ce que la femme accuse une évidence somnolence ou même qu'elle commence à dormir franchement entre ses contractions. Le débit est ensuite réduit à 40; 30; 20 gouttes et même moins parfois pour atteindre la dose minima susceptible d'entretenir l'état de somnolence acquis pendant le premier quart d'heure.

Il semble y avoir intérêt à atteindre d'emblée l'état de somnolence désiré et à le maintenir plutôt que d'approfondir progressivement l'analgésie. Les doses à utiliser sont extrêmement variables. Celles que je viens de vous indiquer sont les plus courantes. Il est parfois nécessaire de les augmenter notablement, mais j'ai cru remarquer que si l'analgésie n'est pas obtenue avec des doses moyennes, elle n'est souvent pas obtenue beaucoup plus avec des doses plus fortes à moins peut-être de les tripler ou de les quadrupler, ce que nous n'avons pas voulu risquer. D'ordinaire le flacon de 500 cc dure 3 à 4 heures 1/2 : temps le plus souvent suffisant pour couvrir la plus grande partie de la période de dilatation, des approches de 5 francs ou il paraît utile de commencer jusqu'au voisinage de l'ouverture de complète ou il paraît bon d'arrêter la perfusion. Dans les cas, où le travail traîne et où par conséquent l'analgésie est tout spécialement à désirer on peut sans inconvénient perfuser un nouveau flacon et rien n'empêche d'ajouter au mélange ou de perfuser parallèlement quelques unités d'extrait hypophysaire suivant la technique actuellement bien connue.

Remarquez donc bien deux choses :

1° les quantités de médicament : 50 mmg. de 4560 R.P. et 100 mmg. de dolosal habituellement suffisantes pour couvrir la partie réellement pénible de la dilatation, soit 3 ou 4 heures sont des quantités, faibles qui peuvent être renouvelées en cas de dilatation traînante;

2° le redressement éventuel d'une évolution anormale du travail par les moyens habituels de direction que nous possédons est possible. Je ne fais pas allusion ici aux antispasmodiques du type spasmalgine qui semblent en général peu indiqués en addition au dolosal, — il faudrait d'ailleurs se défier d'une potentialisation de la spasmalgine et ajuster les doses en conséquence — mais je veux parler des perfusions hypophysaires que l'on peut utiliser dans leurs indications ordinaires en les superposant aux perfusions d'analgésiques.

Effet sur la douleur. Rien n'est plus difficile à juger qu'une analgésie qui laisse toujours subsister quelque sensibilité. Les interprétations objectives de l'observateur sont loin de concorder toujours avec les impressions subjectives de la patiente. Et, celle-ci — presque toujours primipare — rend souvent très mal compte des phénomènes douloureux dont elle juge mal l'intensité plus ou moins atténuée, faute

de comparaison possible. L'efficacité dont je vais vous parler maintenant est la synthèse des effets notés par l'observateur au cours du travail et des réponses faites par la femme aux questions qui lui ont été posées systématiquement le lendemain ou le surlendemain. C'est dire qu'il y a dans le classement de nos résultats une part d'interprétation personnelle inévitable. De façon générale nos appréciations ont été sévères. Sous ces réserves, voici ce que nous avons obtenu, sur 211 observations retenues :

1° *Entre les contractions, presque toutes les femmes trouvent un repos complet.*

— 170 dorment franchement ou somnolent;

— 16 restent éveillées, mais sont calmes;

— 5 sont agitées.

Le sommeil n'est naturellement jamais comparable au sommeil anesthésique Les femmes répondent aux questions qu'il faut seulement parfois poser de façon un peu forte. Elles assemblent le plus souvent leurs idées de façon suffisante, mais il est quelquefois nécessaire pour cela quelles fassent un effort. Quelques-unes ont encore conscience plus ou moins vaguement de ce qui se passe autour d'elles; d'autres dorment franchement et perdent le contact avec le monde extérieur tant qu'on ne les réveille pas.

2° *Pendant les contractions la douleur est supprimée ou très atténuée* dans plus de la moitié des cas. Sur 211 observations, je relève :

111 bons ou très bons résultats,

51 assez bons : je veux dire par là que la femme n'a ressenti la douleur que de façon atténuée, mais s'est agitée et même parfois a crié;

50 résultats médiocres ou nuls.

3° *Nous devons donc compter avec* 25 *% d'échecs ou de demi-échecs.*

Il est intéressant d'étudier particulièrement ces derniers cas. Quelques-uns sont inexplicables sinon par une sorte de résistance aux médicaments. Mais le plus grand nombre correspond à des perfusions de courte durée, souvent commencées tard au cours du travail. Je crois cette remarque très importante : les bonnes analgésies sont en général, celles qui sont commencées avant que la femme n'ait eu à supporter des douleurs violentes. L'analgésie est au contraire difficile à obtenir et reste souvent médiocre chez les femmes dont le travail a déjà traîné en longueur, qui ont eu à supporter déjà de nombreuses heures de douleurs pénibles, sont terrifiées à la pensée de ce qui va suivre, ont crié et se sont agitées pendant des heures. Pour ces patientes, je crois que l'on arrive trop tard et que les moyens que nous étudions sont pour elles insuffisants. Cette notion ne nous a bien entendu été révélée que progressivement. La timidité de nos premiers essais

nous portait naturellement à commencer l'analgésie tard de façon à en réduire la durée, et à l'appliquer tout spécialement aux femmes dont le travail est très pénible afin de justifier notre action. Ces considérations ont certainement entraîné une bonne partie de nos échecs, et je crois que le taux de 25 % doit pouvoir être notablement abaissé.

La règle de partir tôt, avant que la femme n'ait déjà beaucoup souffert me semble devoir être posée comme un des principes fondamentaux de ce mode d'analgésie.

INFLUENCE SUR LE TRAVAIL

L'influence d'une médication quelconque sur la marche du travail est toujours difficile à juger. Elle l'est d'autant plus dans le cas particulier qu'un grand nombre d'analgésie ont été — dans la présente expérience — instituées précisément en raison de la durée anormale du travail, et qu'ainsi dans un assez grand nombre de cas, nous avons été amenés à superposer à la perfusion analgésique une perfusion hypophysaire, soit primitivement, (16 fois) soit secondairement (69 fois). Les impressions que je vous donnerai sont basées uniquement sur les observations des primipares, et sur des observations dont une partie reflète un travail dirigé. On m'objectera que ça n'est pas là juger l'influence pure de l'analgésique. C'est vrai, mais il est rare que la clinique offre des cas purs, et en l'occurence, il faut bien avouer que les cas intriqués risqueront d'être toujours nombreux, car l'usage de l'analgésie amène naturellement à contrôler la régularité du travail et à éviter dans la mesure du possible les trop longues stagnations. Eviter que la durée du travail sorte des limites raisonnables est en effet, une préoccupation ou au moins une arrière pensée qui ne doit pas nous dominer, mais qui ne peut pas non plus nous laisser indifférents. Nous jugeons donc un complexe. Et, je dois ajouter que, de ce complexe, les éléments les plus favorables sont exclus par le fait même que les femmes dont la dilatation était particulièrement régulière et rapide ont été naturellement privées d'analgésie, soit par notre volonté, soit par les circonstances. C'est assez dire la difficulté de se faire une opinion.

Dilatation : nous avons jugé la dilatation sur des graphiques de 186 primipares qui permettent de comparer la progression de l'ouverture du col avant et après la mise en marche d'une perfusion analgésique. Voici les chiffres :

Evolution non modifiée : 36;
Evolution accélérée : 42;
Evolution ralentie : 29;
Evolution non appréciable : 34.

Considérez les deux postes : évolution accélérée et évolution ralentie; les deux comprennent un certain nombre de cas qui ne sont pas loin de s'équilibrer. Je crois que l'on peut dire que dans l'ensemble la marche du travail n'est pas modifiée.

Expulsion : dans la presque totalité des cas, la perfusion a été arrêtée aux approches de la dilatation complète. L'effet de l'analgésie se poursuit encore assez longtemps pour qu'en général la femme reste somnolente pendant toute l'expulsion.

Dans beaucoup de cas elle est cependant, très suffisamment consciente pour obéir aux demandes de poussée, ou au moins pour suivre les incitations réflexes.

Chez 183 primipares, la période d'expulsion a été :

spontanée 140 fois, soit dans 76 % des cas;

terminée par forceps 43 fois soit dans 24 % des cas.

A première vue une proportion de 24 % de forceps est assez élevée Elle le dépasse d'ailleurs notablement la proportion d'une série témoin relevée à la même époque qui n'était que de 15 %. Mais, j'ai dit déjà et il me faut souligner ici encore que nos expériences d'analgésie ont été faites tout spécialement chez des femmes dont le travail avait une évolution sans complications majeures, mais anormalement longue et difficultueuse et que la terminaison opératoire de l'accouchement a été souvent exigée par cette circonstance particulière.

EFFETS SUR L'ENFANT

Nous arrivons maintenant au point crucial de la question. L'analgésie a-t-elle ou non été dommageable à l'enfant ? Là encore, il n'est pas simple d'acquérir une certitude, mais je vous dis tout de suite d'après un examen très sévère et sans indulgence de nos observations que je suis arrivé à la conclusion que les enfants n'ont pas souffert de l'analgésie.

Voici Les résultats bruts :

Sur 221 enfants :

193 soit 87 % crient dès la naissance ou presque;
21 soit 9,5 % ont dû être ranimés dont 8 de 3 à 5 minutes.
— 6 de 5 à 10 minutes.
— 7 plus de 10 minutes.

2 sont nés morts;
3 sont morts dans les dix jours qui ont suivi leur naissance.

Nous comptons donc 5 morts soit 2,5 %.

Une série témoin pour autant qu'un tel témoin soit valable nous montre 88 % d'enfants criant à la naissance, 7, 1 % d'enfants ranimés et 2,5 % de morts immédiates ou retardées. Les proportions ne sont pas très différentes. Nous notons seulement un pourcentage un peu plus élevé d'enfants ranimés 9,5 % au lieu de 7,5 %. L'écart n'est pas grand, mais il correspond je crois à une réalité quelques enfants dorment un peu à la naissance. A la vérité, ils ont fort bon aspect; ils respirent ré-

gulièrement et ont bonne coloration, mais ne crient pas. Cest peut-être par excès de scrupule que nous les avons classés parmi les enfants que l'on a dû ranimer. En fait, pour la plupart d'entre-eux, il ne s'agissait que d'un retard du cri.

Restent les morts. Les pourcentages ne montrent entre la série analgésiée et la série témoin aucune différence significative, mais la valeur de nos chiffres est contestable au point de vue de la statistique mathématiquement orthodoxe. Aussi est-il bon d'examiner nos cinq cas individuellement.

Le premier n'a rien à voir avec l'analgésie; la perfusion a été commencée alors que les bruits du cœur étaient déjà irréguliers. L'accouchement s'est terminé par un forceps pénible avec prise asymétrique et rotation difficile. L'enfant portait un double circulaire très serré ayant laissé une empreinte sur le cou.

Le second avait donné aussi des signes de souffrance avant l'analgésie. La descente de la tête a été très difficultueuse. Le travail n'a évolué que grâce à une perfusion d'hypophyse et a dû être achevé par une application de forceps.

Le troisième décès paraît imputable à un accouchement trop rapide et prématuré. A l'autopsie, l'enfant de 2450 g. présentait une hémorragie corticale.

La quatrième observation est celle d'un travail laborieux avec une dilatation stationnaire pendant 3 heures à petite paume remise en route par une perfusion hypophysaire. Forceps terminal.

La dernière enfin, est très analogue à la précédente, mais encore plus explicite. Il s'agit d'un abus de perfusion hypohysaire : le cas était justiciable d'une opération césarienne. L'application terminale de forceps a achevé un enfant déjà compromis. La mort est indubitablement traumatique.

Au total, je ne crois pas qu'aucun des décès enregistrés ait été causé ni même favorisé par l'analgésie. Si nous avions eu quelques égards pour notre statistique, ce sont des cas où nous aurions dû refuser l'analgésie.

Je dois ajouter que dans l'ensemble, les enfants qui ont vécu se sont élevés sans difficultés particulières. Leur comportement n'a donné lieu à aucune remarque, non plus que leurs courbes de poids.

AUTRES ESSAIS DE POTENTIALISATION

Nos premiers essais ont donc été très encourageants. Nous ne pouvions cependant, les tenir pour définitifs pour deux raisons :

— d'abord, parce que rien ne prouvait que nous ayons fait le meilleur choix possible en adoptant comme potentialisateur le 4560 R.P., et comme analgésique à potentialiser le dolosal; le principe est applicable avec beaucoup d'autres produits.

— en second lieu parce que la perfusion veineuse n'est pas une technique assez simple pour pouvoir être appliquée régulièrement aux

accouchements à évolution relativement rapide comme ceux des multipares.

Nous avons donc fait d'autres essais :

Essais d'un autre Mode de Potentialisation.

Dans 15 cas nous avons tenté une prémédication avant la perfusion standard que nous avons décrite. Une injection sous-cutanée de phénergan a été faites dès le début du travail ou au moins une heure ou deux avant la mise en route de la perfusion :

Les résultats ont été :

bons quant à l'analgésie;
bons quant à l'évolution du travail;
mais non satisfaisants pour les enfants dont 6 ont dû être ranimés et dont 2 sont morts.

A la vérité les deux décès sont traumatiques et ne sont en aucune façon imputables à l'analgésie; mais je ne saurais affirmer que les réanimations n'aient pas été nécessitées par son action. Elles n'ont pas eu de suites sérieuses, mais il m'a paru prudent de ne pas insister.

Dans 89 cas, après une prémédication au phénergan comme ci-dessus nous avons réduit le taux de la perfusion analgésique à 1/2 dose de 4560 R.P. + 1/2 dose de dolosal.

Les résultats ont été bons quant à l'analgésie;
bons quant à l'évolution du travail

mais, pour les enfants, ici encore, nous comptons 18 étonnés et 12 ranimés. Ici non plus d'ailleurs ces accidents de naissance n'ont eu aucune suite fâcheuse, mais insister ne m'a pas néanmoins paru prudent.

— *La voie intra-musculaire* nous a paru intéressante à essayer chez les multipares à cause de la nécessité d'agir assez rapidement. Le 4560 R.P est, ou, était, mal toléré par cette voie. Nous avons pris le phénergan.

Les résultats quant à l'analgésie sont quelquefois assez satisfaisants mais ils sont certainement moins réguliers et moins durables que nous ne les avons obtenu dans notre expérience initiale : 21 échecs ou demi-échecs sur 67 cas. Presque toujours les femmes sont cependant calmées entre leurs douleurs, mais pendant la douleur nous ne comptons plus que 19 bons ou très bons résultats sur 67.

Rien à dire en ce qui concerne l'évolution du travail qui ne paraît pas troublée, mais j'ai noté une proportion importante d'enfants qui naissent étonnés (13) ou qui ont dû être ranimés 5 ou 6 minutes (5). Cela m'a paru excessif : j'ai abandonné cette technique malgré la facilité très intéressante de son exécution.

Essai d'un autre analgésique.

Le nargénol employé seul au cours du travail ne m'avait pas paru sans intérêt. Il était logique d'en essayer la potentialisation. Sur 37 cas nous avons noté :

— des résultats bons quant à l'analgésie

— mais un ralentissement ou même un arrêt du travail fréquent; (11 fois sur 37)

— et des résultats médiocres pour les enfants : 2 étonnés et 5 réanimés.

J'ai abandonné.

Quelques essais tentés avec la *morphine* ne nous ont pas davantage donné satisfaction.

Somme toute de toutes les expériences de potentialisation faites, la première, celle qui associe 50 mg de 4.560 à 100 mg de dolosal en perfusion veineuse est la seule qui nous ait donné des résultats vraiment satisfaisants. Il y a quelques mois je vous aurais dit que c'était la seule qui méritait d'être retenue.

Mais je ne suis pas sûr aujourd'hui qu'on ne puisse espérer mieux ?

DERNIERE EXPERIENCE

——o——

Essai du 4560 R.P. seul

En vous parlant tout à l'heure du 4560 R.P. je vous ai dit qu'il possédait pas lui-même les propriétés qui, du point de vue de l'accouchement pouvaient être intéressantes : Suppression de l'angoisse, suppression de l'agitation, légère action hypnotique, tant cela est très précieux au cours du travail.

L'action du 4560 R.P. seul valait donc la peine d'être étudiée. A la vérité, la nécessité de chercher le passage transplacentaire nous a poussés à cet essai. Et les résultats ont été très satisfaisants.

Nos observations, il est vrai, ne sont pas nombreuses. Je n'en ai pu réunir que 32, mais elles ne nous montrent rien que de favorable :

— 26 fois l'analgésie a été bonne ou très bonne;

— En aucun cas, la marche du travail n'a été apparemment influencée;

— Presque tous les enfants ont crié immédiatement : 3 seulement ont dû être ranimés moins de 3 minutes.

D'après ces premiers résultats, je ne suis pas éloigné de croire que de tous les essais que nous avons faits, celui-ci soit le plus satisfaisant. (1)

*
* *

Analysez le détail de nos expériences successives : vous n'aurez probablement pas l'impression que le problème de l'analgésie obstétri-

(1) Les résultats beaucoup plus nombreux aujourd'hui, et dont je peux faire état quatre mois après la date de cette conférence, n'ont fait que confirmer cette impression première.

cale soit d'ores et déjà résolu. Il ne me paraît d'ailleurs pas possible en la matière d'apporter une solution standard, valable pour les primipares, pour les multipares, pour les femmes que l'on reçoit au début de leur travail et pour celles que l'on voit à une période avancée. Mais lorsque vous aurez fait vous-même quelques essais selon la technique que je vous ai indiquée, je ne doute pas que vous reconnaissiez que nous avons fait un pas en avant; et un assez grand pas. Mais comme pour toute technique nouvelle, nous avons encore beaucoup à tâtonner avant de l'avoir mise au point.

Permettez-moi pour guider vos premiers essais, de vous rappeler quelques règles dégagée par notre expérience :

1° Commencez l'analgésie peu après 2 francs. Ne tardez pas trop : il faut que la femme soit franchement en travail, mais l'efficacité sera plus régulière si elle n'a pas encore eu de douleurs trop violentes et n'est pas en pleine agitation.

2° Le réglage du goutte à goutte doit être adapté à chaque cas particulier et même à chaque moment du travail. C'est dire qu'une surveillance *continue* doit être établie à côté de la femme. Et, je crois, qu'il ne serait pas prudent d'user de la technique en dehors d'une maternité bien équipée et organisée.

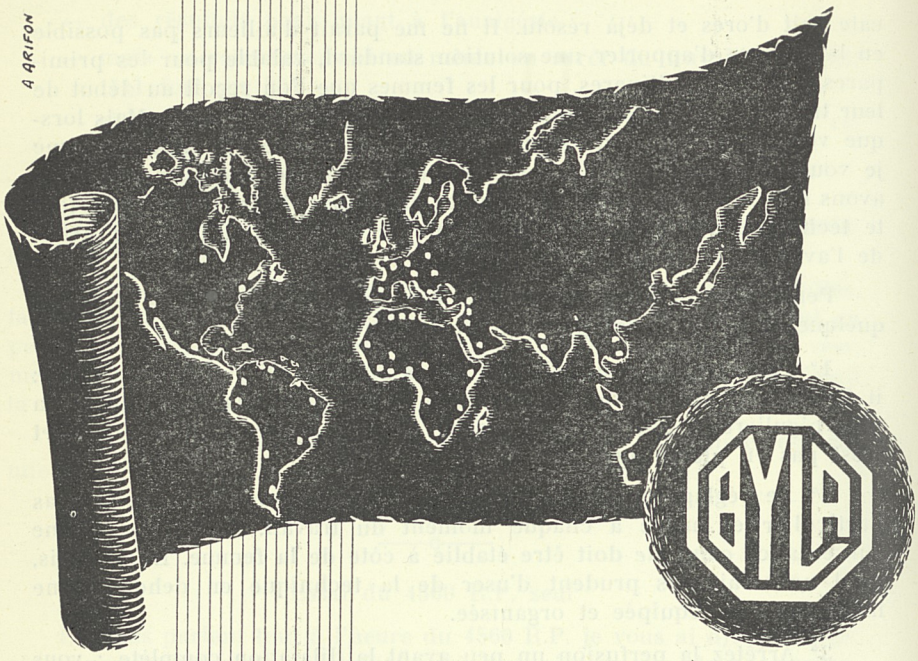
3° Arrêtez la perfusion un peu avant la dilatation complète : vous pourrez alors compter sur des efforts expulsifs qui seront souvent de très bonne qualité. Et rien ne vous empêchera si une application de forceps est nécessaire de donner une anesthésie vraie qui sera souvent trop facile.

4° Les accouchements où il est le plus intéressant de pratiquer l'analgésie sont ceux qui sont plus ou moins compliqués de troubles de la contractilité et revêtent une allure irrégulière et spasmodique. Ce sont ces cas auxquels nous nous sommes plus particulièrement adressés au début. N'oubliez pas alors que vous vous engagez probablement dans une direction complexe du travail qui comportera non seulement l'analgésie, mais aussi une action sur la contraction utérine et en particulier une perfusion hypohysaire. Ça n'est pas là une chose simple.

4° Un des écueils ou au moins une des difficultés de l'analgésie est d'avoir à être doublée dans un certain nombre de cas d'une direction de travail. On se laisserait facilement aller à multiplier ces cas et à passer du redressement utile d'une contractilité troublée à l'accélération dangereuse d'un travail qui marche normalement. Attention n'abusons pas. Que l'analgésie ne nous conduise pas à intervenir à tort et à travers sur la marche de l'accouchement !

Je crois que nous avons dans les techniques que je vous ai décrites des moyens d'action intéressants. Il faut que nous apprenions à nous servir et que nous ayons la sagesse de n'en user qu'avec prudence.

A ARIFON



HORMONES

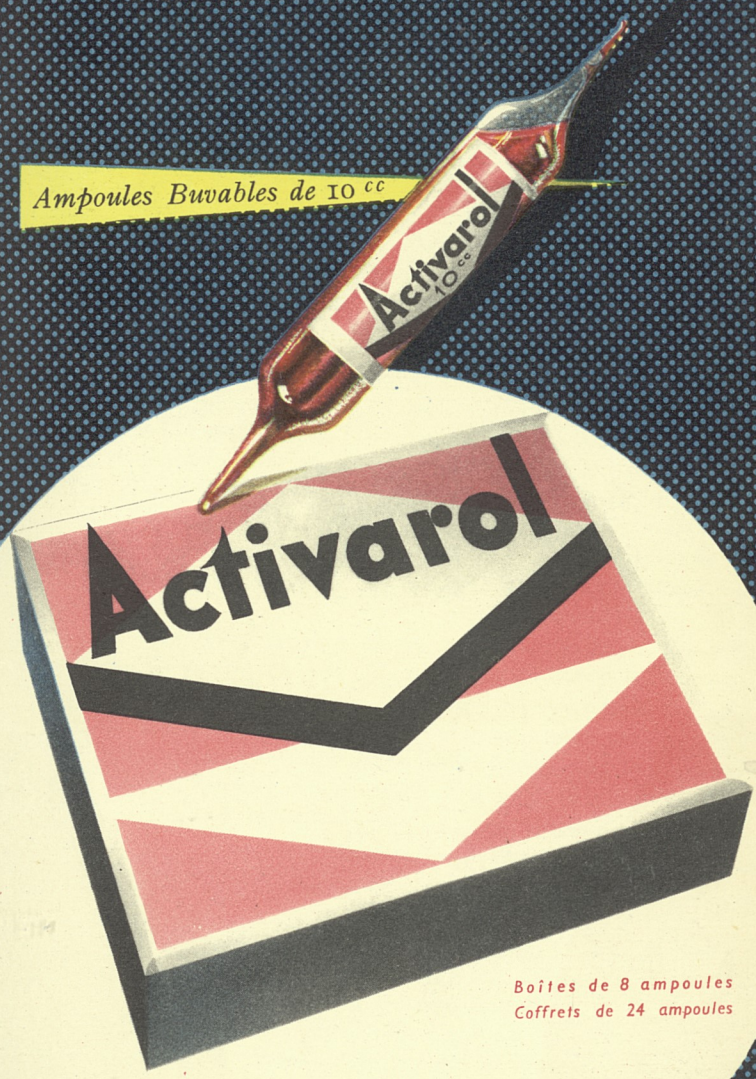
VITAMINES

TONIQUES

LABORATOIRES BYLA . 20 RUE DES FOSSÉS-St-JACQUES . PARIS Ve . ODE. 28-30

tonique général biologique
sans excitants artificiels

Ampoules Buvables de 10 cc



Boîtes de 8 ampoules
Coffrets de 24 ampoules

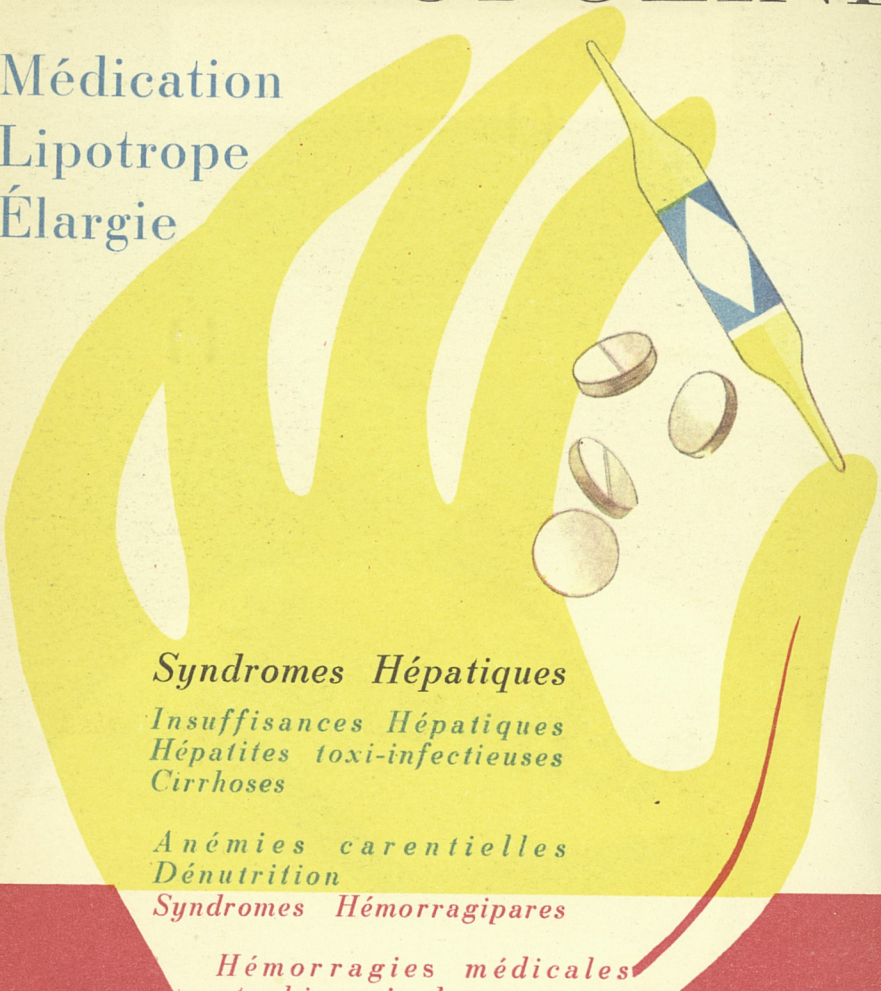
Remboursé par la Sécurité Sociale

ÉTATS DE DÉPRESSION
PHYSIQUE, INTELLECTUELLE
OU PSYCHIQUE
TRAVAIL INTELLECTUEL
ANÉMIES SECONDAIRES
CONVALESCENCES

LABORATOIRE DE L'HÉPATROL
4, Rue Platon — Paris XVe

MÉTHIOFOLINE

Médication Lipotrope Élargie



Syndromes Hépatiques

Insuffisances Hépatiques
Hépatites toxi-infectieuses
Cirrhoses

Anémies carentielles
Dénutrition
Syndromes Hémorragipares

Hémorragies médicales et chirurgicales
Débilité des prématurés et des nourrissons

tubes de 20 comprimés

Boites de 8 Ampoules de 5 cc pour injections I. M.

REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

LABORATOIRE DE L'HÉPATROL
4, Rue Platon Paris XVe

Interruption spontanée de la grossesse

—o—

Test cytologique de l'évolution et de contrôle du traitement

—o—

CONDUITE DU TRAITEMENT

par R. MERGER

—o—

(*Conférence faite en avril 1954*)

L'avortement spontané est une maladie fréquente de plus en plus accessible à la thérapeutique. *D'innombrables travaux* se sont attachés, ces années dernières, à son étude. Naguère, tout avortement reconnu spontané était relié à la *syphilis* comme à un fatal destin. Aujourd'hui sans avoir toujours une preuve suffisante de l'absence de manœuvres abortives, l'avortement qu'on estime spontané est trop facilement taxé d' « endocrinien ». Comme jadis on croyait guérir l'avortement par l arsenic ou le mercure, on le traite aujourd'hui par des hormones, que l'évolution des idées a choisies différentes à des époques successives et rapprochées.

Faisant ainsi la part de la vogue, et sans méconnaître les causes non endocriniennes, sans doute nombreuses, de l'avortement spontané, quelque clarté a été apportée sur certaines formes de cette maladie.

En matière d'avortement spontané ou plus généralement d'interruption prématurée de la grossesse, deux faits importants expliquent le progrès de nos connaissances et de nos moyens de lutte.

— L'une est thérapeutique, due aux travaux des SMITH. Ces auteurs dès 1941, ont montré l'intérêt de l'emploi de certains œstrogènes de synthèse dans le traitement de la maladie abortive.

— Le deuxième est dans les moyens actuels de contrôle, à la fois de l'origine endocrinienne de l'avortement ou de sa menace, et des effets de la thérapeutique.

Une grande confusion règne encore, et dans le traitement et surtout dans l'appréciation des moyens de contrôle, comme en témoignent les récents colloques tenus à Paris sur « la fonction lutéale ».

L'objet de ce travail est le suivant :

1° Etude critique des moyens bio-chimiques de contrôle;
2° Critère cytologique;
3° Traitement;
4° Statistique personnelle portant sur 52 cas.

Observations-types.

I. *ETUDE CRITIQUE DES MOYENS DE CONTROLE*

Une première précaution est d'écarter tout avortement qui ne serait pas de nature endocrinienne. Une deuxième est de ne parler d'avortement « à répétition » qu'avec prudence. Aucune définition scientifique de la répétition, en accord avec les lois de la statistique, n'a été jusqu'à présent formulée.

Supposons qu'il s'agisse bien d'un avortement endocrinien. Comment en faire le contrôle biologique ?

La majorité des auteurs ont adopté le critère des dosages des stéroïdes urinaires. Parmi les auteurs français, JAYLE et son école, LACOMME, PIGEAUD, KADERAS DE KERLAU, etc... évaluent l'équilibre hormonal de la grossesse par l'étude de l'élimination des stéroïdes neutres et phénoliques. Les stéroïdes neutres comprennent le complexe prégnandiol et les GBS 13 ou 3 α stéroïdes. ROBEY, SIMONNET, PIAUX, dans l'étude des stéroïdes neutres s'attachent à ne doser que le seul prégnandiol.

Des discussions se sont élevées non seulement sur la qualité des techniques chimiques, mais aussi sur la valeur à attribuer aux corps, ainsi dosés et sur leur origine. Pour JAYLE, complexe prégnandiol et GBS 13 ont même signification physio-pathologique; ces métabolites peuvent être considérés comme les représentants d'une même fonction endocrinienne. Cette méthode a en outre l'avantage de la simplicité. Pour ROBEY et collaborateurs, le dosage du prégnandiol isolé est seul spécifique de la fonction lutérale. Le dosage des autres métabolites est un reflet infidèle du métabolisme de la progestérone (origine surrénale).

Les oppositions aussi importantes laissent un premier doute sur la valeur actuelle des dosages des stéroïdes neutres urinaires. Le chiffre des stéroïdes neutres est d'ailleurs lui-même moins significatif que la silhouette de la courbe évolutive, ce qui implique des dosages répétés.

Deuxième objection d'ordre pratique : les dosages nécessitent un équipement important. La récolte de la totalité des urines nuit à la précision des résultats. La méthode est onéreuse. Elle nécessite des délais qui font obstacle à la précocité du traitement.

Une troisième objection plus sérieuse encore, est que la chimie actuelle ne dose que les métaboliques urinaires d'hormones, dont la relativité du titre avec les hormones d'origine ne peut être précisée.

Une dernière objection réside dans le fait que LACOMME et JAYLE semblent attacher aujourd'hui beaucoup plus d'importance au dosage des phénol-stéroïdes, dont on connaît l'extrême difficulté. La « fonction lutéale » risque de ne pas conserver longtemps l'éclatant succès qu'elle connaît aujourd'hui.

Il n'en reste pas moins que les travaux des biochimistes ont sur le plan doctrinal, apporté une contribution importante à l'étude de la

maladie abortive. Mais sur le plan pratique, dans l'état actuel de nos connaissances, la méthode cytologique nous a semblé avoir assez d'avantages pour devenir notre critère de choix.

Pundel et Van Meensel, les auteurs de la méthode, dans leur remarquable livre « Gestation et cytologie vaginale » nous ont donné les détails de la méthode cytologique, à laquelle s'attachent les qualités suivantes :

— elle est le témoin biologique direct de l'action hormonale. Cette qualité compense, nous semble-t-il, la précision des dosages chimiques des produits d'excrétion;

— elle est rapide et permet le contrôle aussi répété qu'on le souhaite de l'action hormonale. Elle est la résultante figurée non pas de la « fonction lutéale » ou de la « fonction œstrogénique », mais de l'équilibre hormonal; les images s'ordonnent en un véritable film qui marque les variations pronostiques et reflète les effets thérapeutiques;

— sans doute objectera-t-on que les résultats dépendent de l'état du récepteur. Mais chez la femme enceinte, le récepteur vaginal est habituellement normal.

— tout comme les méthodes chimiques, elle est délicate à interpréter. De même qu'on ne peut confier à un laboratoire non spécialisé les dosages des stéroïdes, la méthode cytologique ne peut être utilisée que par un cytologiste spécialisé.

II. *ETUDE CYTOLOGIQUE*

A) Rappel de la cytologie vaginale normale.

1° *La structure vaginale :*

De la profondeur à la superficie on peut décrire 3 couches cellulaires distinctes :

a) Une couche basse constituée elle-même par :

1) les cellules basales profondes, petites, arrondies avec un gros noyau prenant les colorants basophiles. Ces cellules ne se rencontrent jamais dans les frottis de femme en période d'activité génitale. On ne les trouve que dans les frottis astrophiques du type « post-ménopause avancée »;

2) les cellules *basales externes* morphologiquement très voisines des précédentes — basophiles — mais de taille un peu supérieure aux basales profondes, avec un noyau proportionnellement moins gros. Ces cellules ne se rencontrent également que dans les frottis des femmes ménopausées ou d'une façon plus générale dans les cas d'hypofolliculinie extrêmement marquée.

b) Une couche *intermédiaire* constituée par des cellules plus grandes que les cellules de la couche profonde, de forme ovulaire ou polyédrique, basophiles avec un noyau beaucoup plus petit que dans les couches profondes, mais cependant, non encore pycnotique. Cette zone constitue donc par tous ses caractères une transition entre la couche superficielle.

On trouve ces cellules pendant tout le cycle menstruel, mais surtout juste avant, pendant et après les règles. Nous verrons plus loin la différenciation particulière de ces cellules que constitue la cellule naviculaire.

c) Une couche *superficielle* constituée par les cellules les plus grandes de l'épithélium vaginal. Leur noyau est toujours pycnotique, mais d'après l'affinité tinctoriale du cytoplasme, on distingue 2 catégories :

— les cellules superficielles kariopycnotiques de type basophile;

— et les plus superficielles de toutes, les cellules éosinophiles, kariopycnotiques.

Ces deux groupes de cellules présentent dans le frottis un aspect variable suivant les périodes du cycle : pendant la phase folliculinique elles sont larges, étalées, plates.

Et pendant la phase progestéronique, leurs bords ont tendance à s'enrouler sur eux-mêmes, elles constituent alors les cellules *picaturées.*

En résumé, de la profondeur à la superficie, les cellules subissent des modifications portant

1) sur la forme de plus en plus grande et aplatie;

2) sur le noyau qui de gros et arrondi, devient punctiforme et pycnotique;

3) sur l'affinité tinctoriale qui de basophile devient éosinophile pour la couche la plus superficielle.

2° *Evolution au cours du cycle menstruel :*

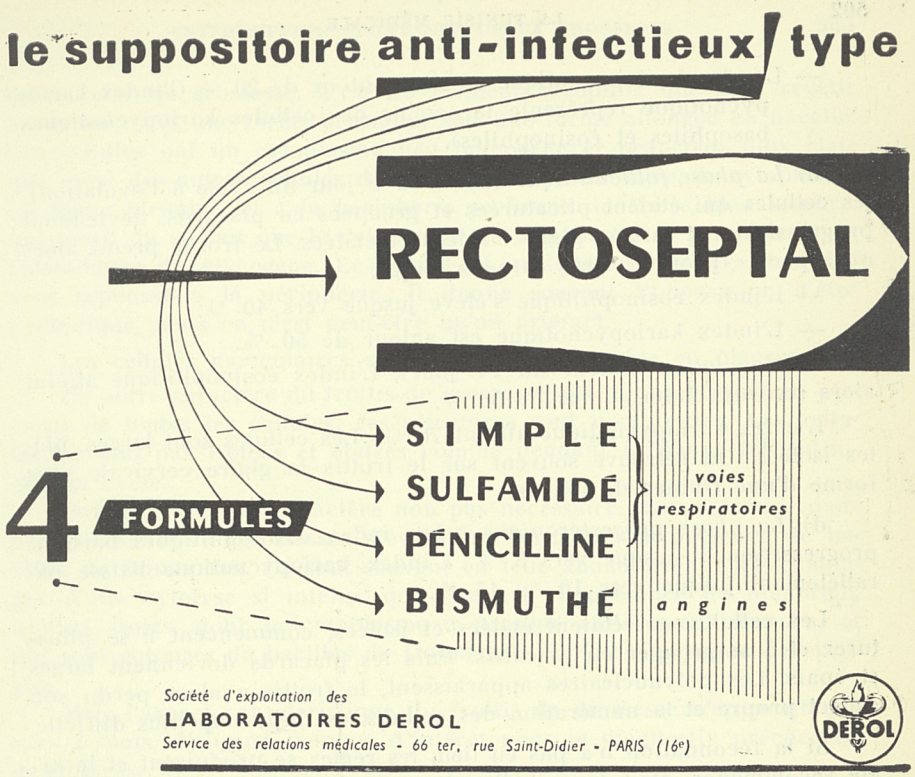
Le frottis permet d'étudier la desquamation vaginale, qui varie suivant les phases du cycle. Elle ne porte, chez la femme en période d'activité génitale, que sur les *couches intermédiaires et superficielles*

a) *Au moment des règles :* les frottis renferment à côté des hématies et des leucocytes, des cellules intermédiaires et des cellules superficielles. Les cellules basophiles prédominent.

Il existe des cellules groupées en placards et des cellules picaturées.

— L'index éosinophilique varie entre 5 et 10 % (l'index éosinophilique représente le nombre de cellules éosinophiles superficielles).

le suppositoire anti-infectieux type



Société d'exploitation des
LABORATOIRES DEROL
Service des relations médicales - 66 ter, rue Saint-Didier - PARIS (16e)

DEROL

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

DOCTEUR . . .
à vos **Dyspeptiques,**
vos **Insuffisants pancréatico-biliaires,**
vos **Ulcéreux,**
à tous vos **Malades qui digèrent ou assimilent mal**
PRESCRIVEZ :

PANCREAL
KIRCHNER

Complexe d'extraits pancréatiques dégraissés et purifiés suractivés par des ferments digestifs (diastases)
Contient 100 % d'éléments actifs (ni sucre, ni cacao, ni fécule)
POSOLOGIE : 3 à 4 COMPRIMES APRES LES REPAS
Catégorie B des Assurances Sociales — Echantillon sur demande

Laboratoires du Dr KIRCHNER - 24 bis, Rue de Verdun, STRASBOURG (Bas-Rhin)

— L'index kariopycnotique se situe autour de 20 % (l'index kariopycnotique représente la somme des cellules kariopycnotiques basophiles et éosinophiles).

b) *La phase folliculinique* (du 3e ou 4e jour du cycle à l'ovulation). les cellules qui étaient plicaturées et groupées en placards, deviennent progressivement larges, plates, isolées et étalées. Le frottis prend alors un aspect « propre » très caractéristique.

— L'index éosinophilique s'élève jusque vers 40 %.

— L'index kariopycnotique est autour de 50 %.

c) *L'ovulation* (autour du 14e jour). L'index éosinophilique atteint alors son maximum autour de 50 %.

L'index kariopycnotique atteint 70 %. Les cellules sont larges, plates isolées. On retrouve souvent sur le frottis la glaire cervicale sous forme d'une trainée de mucus.

d) *La phase progestéronique :* Les index éosinophiliques baissent progressivement jusque vers 5 %. L'index kariopycnotique baisse parallèlement jusque vers 10 ou 15 %.

Les cellules qui étaient étalées et isolées, commencent à se plicaturer et à se grouper en placards. Puis les placards deviennent larges et épais. Les polynucléaires apparaissent, le frottis a alors perdu son aspect propre et la numération des cellules est beaucoup plus difficile.

Si la fécondation n'a pas eu lieu, les règles se produisent et le cycle recommence. Mais lorsque l'ovule a été fécondé, ces caractères de frottis prémenstruel persistent et se transforment insensiblement en caractères paphognomoniques du frottis de grossesse. A cette période de transition, l'éosinophile ne doit pas dépasser 20 % et la pycnose ne doit pas être supérieure à 40 %. Peu à peu les caractères des cellules intermédiaires se transforment et l'on voit apparaître les cellules naviculaires de grossesse. Déjà à ce moment, on trouve d'assez nombreux bacilles de Döderlein.

3° *Au cours de la grossesse :* (Papanicolaou - Shorr - Hall - Pundel et Van Meensel).

L'histologie a montré par des biopsies vaginales chez des femmes enceintes, un épaississement considérable de la couche intermédiaire du vagin, avec une couche superficielle proportionnellement réduite.

La cytologie reflète bien ces caractères : le frottis de grossesse apparaît déjà mascoscopiquement et, surtout au faible grossissement, comme un frottis « bleu », par prédominance nette des cellules basophiles.

Au microscope, on constate que les cellules superficielles éosinophiles kariopycnotiques sont rares, et que la majorité des cellules sont de type intermédiaire, basophiles à gros noyau.

Parmi les cellules de la couche intermédiaire, il faut en distinguer une variété qui représente le signe de la grossesse : la cellule

naviculaire de grossesse. C'est un élément basophile qui peut revêtir 2 formes : soit une forme arrondie, soit une forme allongée en nacelle. Les cellules ont un cytoplasme peu homogène et beaucoup plus clair que celui des autres cellules de la couche intermédiaire, le cytoplasme est blanc bleuâtre, et à la périphérie se forme un liseré bleu sombre, qui serait dû au fait que le cytoplasme est repoussé à la périphérie par l'abondance du glycogène. Le noyau est quelquefois central, plus souvent repoussé à la périphérie. Il donne souvent l'impression d'être pycnotique, mais ce n'est peut-être qu'un artefact.

Les cellules naviculaires sont isolées ou groupées en placards.

Un autre caractère du frottis de grossesse, est le groupement en placards de toutes les cellules; les plicatures sont nombreuses. Les cellules ne sont pas isolées et étalées comme pendant la phase folliculinique du cycle.

Enfin, un dernier caractère non pas nécessaire, mais retrouvé dans presque toutes les grossesses d'évolution normale : la présence de bacilles de Doderlein. Ils sont souvent en telle abondance, et s'accompagne d'une cytolyse si intense que l'on est en présence de nombreux noyaux isolés, dont le cytoplasme a presque entièrement disparu, et qui sont entourés de bacilles de Doderlein comme des paquets d'épingles.

Mais l'aspect caractéristique du frottis de grossesse n'apparaît que vers 2 mois, d'où son manque d'intérêt pour le diagnostic précoce de la grossesse.

B) Domaine et limites de la cytologie dans les avortements spontanés.

1) L'étude cyto-hormonale de la grossesse par les frottis vaginaux n'a de signification que dans *l'avortement endocrinien.* Toutes les autres causes d'avortement spontané, qu'elles soient féminines ou masculines, devront être recherchées par tous les moyens à notre disposition, et traitées dans la mesure du possible.

2) Les avortement très précoces sont difficilement décelés par la cytologie, les frottis ne prenant leur aspect spécifique de grossesse qu'après 2 mois révolus. Le rôle de la cytologie est alors limité; ses caractères sont purement négatifs, l'aspect du frottis ne peut qu'indiquer que la grossesse est ou non capable d'évoluer. Le véritable domaine de la cytologie, c'est *l'avortement de 2 à 5 mois.* Or, c'est entre 2 mois et 3 mois 1/2 que les causes endocriniennes sont les plus fréquentes. Toutefois, d'après le résultat de l'étude cyto-hormonale, il nous semble qu'il faille reculer les limites de l'avortement endocrinien jusqu'à 5 mois.

3) On est amené à entreprendre l'étude cytologique dans 3 circonstances :

— ou bien la femme est primigeste; la menace d'avortement se marque par de petites métrorragies avec ou sans contractions douloureuses;

— ou bien la femme a déjà eu un ou plusieurs avortements spontanés, ou de simples menaces d'avortement au cours de grossesses précédentes. La surveillance par les frottis est alors un examen de routine même en l'absence de tout signe clinique. On a ainsi pu constater que les frottis devenaient pathologiques avant l'apparition des premières manifestations cliniques;
— ou bien le traitement hormonal, à la suite de modifications cytologiques ou de manifestations cliniques, a été entrepris. La cytologie en suit les effets et en règle les modalités.

C) Technique des frottis.

Technique — prélèvement — fixation — coloration :

Le prélèvement est fait avec l'extrêmité arrondie de la spatule de Ayre, dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Habituellement les produits de desquamation sont abondants, légèrement grumeleux et blancs. Le prélèvement doit être étalé en une couche mince; la lecture après coloration est impossible sur un frottis épais dont les cellules superposées retiennent le colorant en amas foncés.

La fixation doit être immédiate, dans la liqueur d'Hoffmann. Le frottis sera maintenu quelques heures dans le fixateur, car il se décolle avec une grande facilité.

La coloration doit être excellente : technique de Shorr pour la différenciation des cellules éosinophiles et basophiles, combinée à la coloration nucléaire par l'hématoxyline de Harris.

D) Les modifications cytologiques au cours des menaces d'avortement.

1) *Traduction cytologique de la menace d'avortement avant 3 mois : ...*

A cette période, peuvent être considérés comme pathologiques, un index éosinophilique supérieur à 20 % et un index kariopycnotique supérieur à 40 ou 50 %.

Cependant, à côté de ce caractère purement quantitatif, (la numération des cellules), il faut attacher une très grande importance à *l'aspect qualitatif* du frottis. Normalement dès cette période on doit voir des cellules groupées en placards et des plicatures, et déjà, surtout à partir de 2 mois, des cellules naviculaires.

La non-apparition, et surtout la régression de ces caracteres après une première apparition, doit être considérée comme un signe d'alarme.

Grossièrement, en cas de menace d'avortement, le frottis devient « rouge » par réapparition des cellules éosinophiles superficielles et ces cellules au lieu de se grouper, sont isolées et étalées.

Souvent on voit aussi une diminution des bacilles de Doderlein, et une augmentation du nombre des polynucléaires. Un signe majeur est évidemment l'apparition *d'hématies,* même si l'on n'a pas encore constaté de perte de sang macroscopique (en éliminant bien entendu

le saignement dû aux traumatiques locaux lors des prélèvements sur une muqueuse souvent fragile).

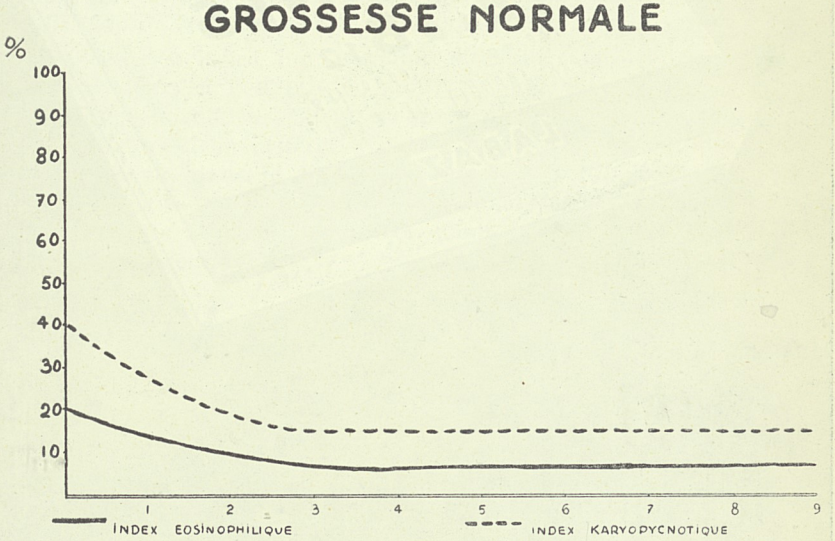
On remarque un certain parallélisme entre l'importance de l'éosinophilie et la gravité de la menace. On a constaté cependant, des index éosinophiliques allant jusqu'à 70 % accompagnés de manifestations cliniques importantes (pertes de sang abondantes — douleurs) mais qui ont été réversibles sous l'influence du repos et du traitement (cf. observation).

Pour éviter toute cause d'erreur, on signalera que dans les deux ou trois premiers mois de la grossesse, des poussées éosinophiliques temporaires peuvent survenir aux époques qui correspondraient à l'ovulation.

2° *Traduction cytologique de la menace d'avortement après 3 mois :*

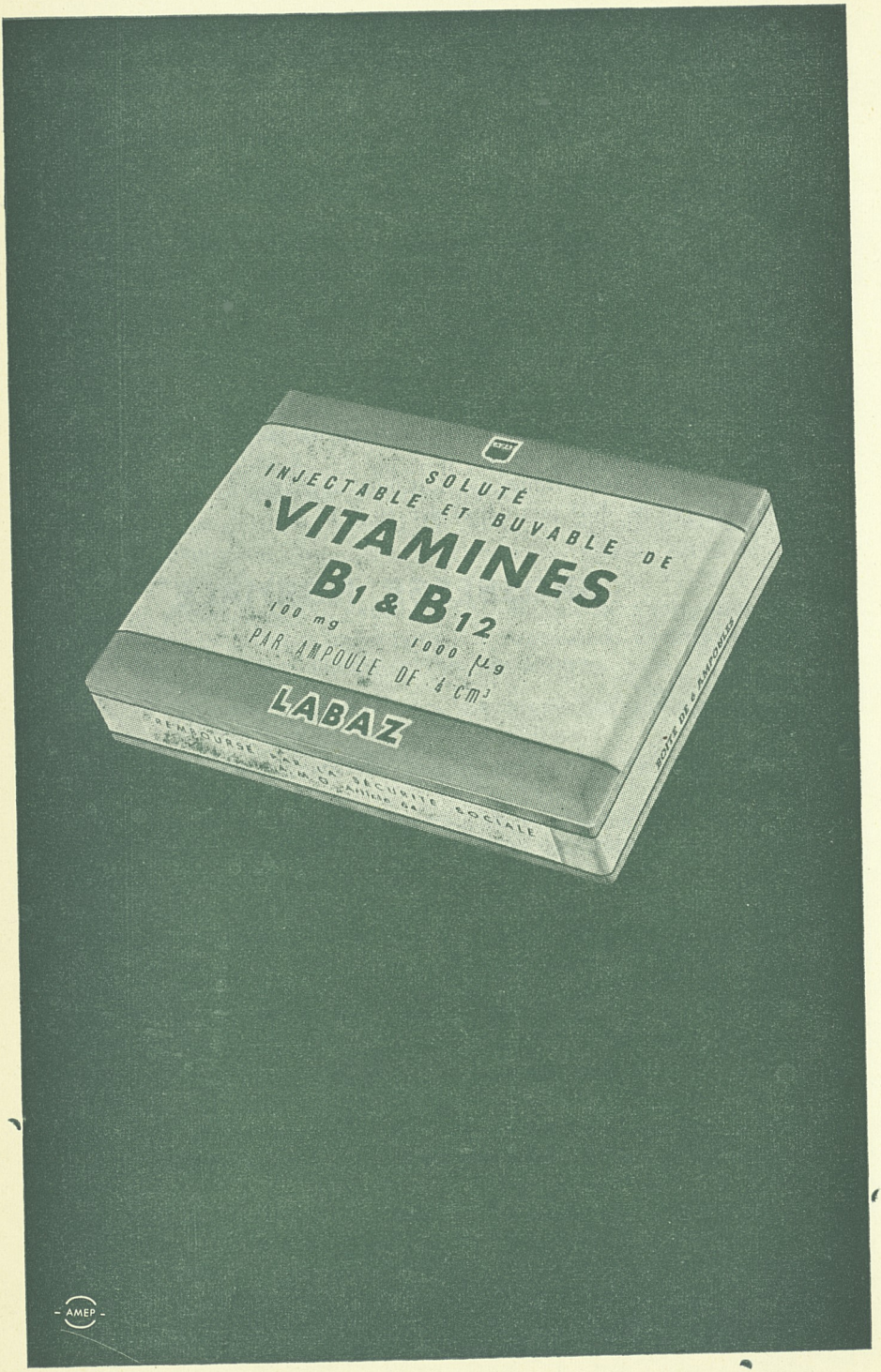
Outre l'observation des caractères précédents, on tiendra compte du fait qu'à cette période, le frottis de grossesse doit avoir acquis ses caractères définitifs et stables.

L'index éosinophilique ne doit pas dépasser 5 %, et l'index kariopycnotique ne doit pas dépassser 10 à 15 %.



A un degré de plus qu'à la 1re période, on attachera la plus grande importance à la *régression des caractères pathognomoniques :* présence des cellules naviculaires, mais aussi des placards et des plicatures.

En résumé, la menace d'avortement se traduit à toutes les périodes de la grossesse par une poussée éosinophilique et kariopycnotique et par un changement d'aspect du frottis qui perd ses caractères propres de grossesse.



TUNISIE : Ets Note — 61, Avenue Garros — TUNIS - Tél. 97-090

Il faut connaître une cause d'erreur importante, susceptible de fausser les résultats, malheureusement fréquent dans les cas qui nous intéressent. C'est *l'infection à trichomonas ou à monilia.* Un cercle vicieux s'établit, ces infections étant vraisemblablement en rapport avec une mauvaise imprégnation hormonale de la muqueuse (notons la proportion très grande de ces infections dans les cas de grossesse évoluant mal).

Les frottis perdent alors de leur valeur, leurs caractères n'ont plus la même constance. Il existe le plus souvent une fausse éosinophilie, c'est-à-dire que les colorants éosinophiles ne colorent plus électivement les cellules kariopycnotiques de la couche superficielle de l'épithélium vaginal, mais peuvent colorer également d'autres cellules, qui normalement seraient basophiles. Les cellules éosinophiles créées par l'infection à trichomonas ont une teinte beaucoup plus orangée que les vraies cellules éosinophiles superficielles. Elles sont souvent entourées d'un halo clair péri-nucléaire et le noyau est gros et irrégulier, comme déchiqueté. Ces caractères sont facilement retrouvés avec la coloration de Harris-Shorr, qui permet de voir le parasite lui-même s'il s'agit du trichomonas, comme une petite masse ovoïde ou plus ou moins déformée dont le cytoplasme est faiblement coloré en bleu-vert, avec quelques petites granulations intra-cytoplasmiques rouge foncé. S'il s'agit du monilia, on retrouve les filaments et les corps arrondis.

Dans ces cas, il est indispensable d'instituer un traitement local un jour sur deux, et l'on fait un frottis le jour intercalaire. Mais les frottis ne reprennent leur valeur qu'après disparition de la fausse éosinophilie; le meilleur critère de guérison est l'apparition des bacilles de Doderlein dans le frottis. Parfois les frottis gardent encore quelque temps un aspect un peut trop alarmant, les cellules restent plus facilement isolées les unes des autres, alors que le pronostic est redevenu bon. (cf observation).

3° *La surveillance du traitement par les frottis :*

a) Dans le cas où il y a eu une menace d'avortement, le frottis se présente schématiquement de la façon suivante : nombreuses cellules éosinophiles superficielles, isolées et étalées peu de cellules basophiles, peu ou pas de cellules naviculaires; présence fréquente de polynucléaires et parfois même d'hématies (ces caractères étant évidemment plus ou moins marqués suivant la gravité de la menace).

Sous l'influence du traitement oestrogénique :

1° dans les cas évoluant favorablement, on assiste à une régression des cellules éosinophiles, qui sont remplacées par des cellules basophiles de la couche intermédiaire, groupées en placards, et dont un certain nombre se différencient en *cellules naviculaires* (c'est là le véritable critère de la réussite du traitement); les hématies ont disparu; les polynucléaires sont rares et les bacilles de Doderlein nombreux.

Mais cet aspect favorable du frottis ne survient qu'après un *temps de latence* qui peut varier de quelques jours à quinze jours ou même

trois semaines. On assiste pendant cette période à des modifications progressives des frottis, qui aboutissent à l'aspect décrit ci-dessus.

2° dans d'autres cas, moins favorables, l'aspect du frottis s'était un peu amélioré (diminution des cellules éosinophiles), mais il n'était pas vraiment redevenu normal, en particulier les cellules ne se groupaient pas en placards, elles avaient tendance à rester isolées : c'est alors qu'au traitement par les oestrogènes on a adjoint la progestérone. Sous l'influence des deux produits l'aspect est généralement redevenu normal. (cf observation).

3° Enfin dans les cas défavorables, se rapportant surtout aux femmes examinées alors que la menace d'avortement évoluait déjà depuis plusieurs jours, l'aspect du frottis ne fait que s'aggraver : la poussée éosinophilique est de plus en plus importante, les caractères de grossesse ont complètement disparu, les hématies apparaissent, et l'avortement se produit.

b) Dans les cas où le traitement est mis en œuvre avant les signes cliniques (plusieurs avortements antérieurs) l'aspect du frottis est d'emblée normal, parfois pourtant les caractères du frottis de grossesse sont peu marqués, le rôle de la cytologie se borne alors à surveiller. Si l'aspect reste normal, on s'en tient à la dose d'oestrogènes initiale. Si le frottis montre une menace d'avortement, on se trouve dans le cas décrit en a.

Ainsi la sensibilité de la cytologie, la précocité de ses modifications, permettent de suivre l'évolution de la menace d'avortement sous l'influence du traitement. Mais elle est apparemment pessimiste, en ce sens qu'elle ne se modifie que lentement sous l'influence du traitement. Aussi lorsqu'un frottis est redevenu normal, toute menace d'avortement est-elle écartée.

Une application particulière de la cytologie ne s'adresse plus seulement aux avortements endocriniens, mais à toutes les menaces d'avortement en général. Le frottis permet de savoir s'il est utile d'entreprendre ou de poursuivre un traitement en indiquant quand la grossesse est interrompue : on constate dans ce cas, une disparition des caractères pathognomoniques du frottis de grossesse, associée à l'apparition de cellules dites de « lactation », qui apparaissent normalement apres l'accouchement. Ces éléments sont arrondis parfois basophiles, mais souvent très éosinophiles, de taille beaucoup plus petite que les éléments éosinophiles superficiels.

III. *LE TRAITEMENT*

Les codifications thérapeutiques qui suivent ont comme base l'étude cytologique. Notons qu'elles sont presque identiques à celles que Robey a indiquées en conclusion de ses études bio-chimiques, comme nous l'avons fait remarquer à la Société de gynécologie et d'obstétrique de Paris, séance du 2 mars 1953.

Les œstrogènes de synthèse sont à la base du traitement. Nous ne voulons pas ouvrir un débat sur les théories des SMITH tendant à expliquer leur action. Ces auteurs n'accordent pas au diethyl-stilboestrol un simple rôle œstrogénique substitutif : Ils le rapprochent des œstrogènes *oxydés* naturels dont l'action essentielle est d'exciter les secréteurs de gonadotrophines. Par cette voie incidente, le diethyl-stilboestrol intervient dans la synthèse et le métabolisme des substances progestatives. Or, l'étude de nos frottis vaginaux dans les menaces d'avortement endocrinien montre que tout se passe comme si cette théorie était fondée. Nous sommes restés, depuis 6 ans, fidèles à cette conception à laquelle JAYLE vient de rendre hommage, la considérant comme « valable pour rendre compte des faits cliniques ». Ainsi s'éclaire ce paradoxe apparent que la thérapeutique œstrogénique fait baisser les index éosinophilique et kariopycnotique, qui sont les stigmates habituels, en dehors de la grossesse, de l'imprégnation folliculinique.

Nous avons toujours prescrit le diethyl-stilboetrol, l'action métabolique sur la progestérone des autres œstrogènes de synthèse ne nous ayant pas paru démontrée. Soulignons d'ailleurs avec quelle facilité cette drogue est tolérée par la femme enceinte même à de très fortes doses, à condition que la grossesse soit en évolution, au point que l'apparition de signes d'intolérance digestive éveille pour nous l'idée de grossesse interrompue.

La mise en valeur de l'action thérapeutique des œstrogènes a d'abord jeté le discrédit sur la progestérone, jusqu'alors médicament de choix. Mais la vérité est dans l'usage isolé ou combiné des deux produits, suivant des indications qu'il sera utile de préciser. La ligne thérapeutique que nous suivons d'abord été fondée sur les seules constatations cliniques. L'étude des frottis vaginaux n'a fait que confirmer nos idées, et nous permet plus de précision dans l'administration des médicaments.

1° *Grossesse au début. — Il n'y a encore de menace d'avortement ni clinique, ni cytologique. Mais les antécédents comportent un ou des avortements spontanés :*

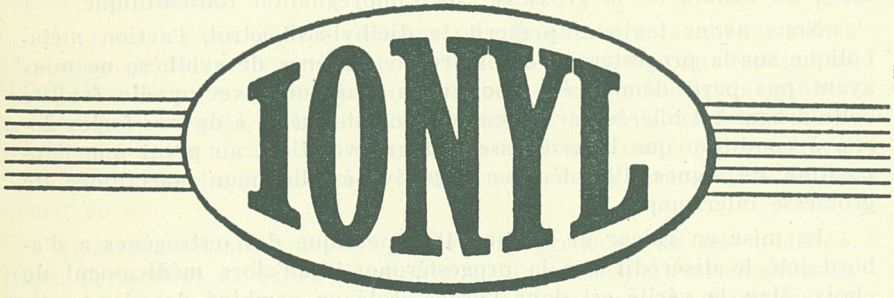
a) *Un avortement unique dans les antécédents :* Aucun traitement n'est institué, mais une surveillance cytologique fréquente permet de commencer le traitement au premier signe cytologique d'alarme, avant toute manifestation clinique.

b) *Deux ou plusieurs avortements dans les antécédents :* Dans les trois premiers mois, nous prescrivons 20 milligrs par jour de diethyl-stilboestrol, 40 milligr. au delà des 3 premiers mois, la dose de 20 mmgr. étant pour nous la dose-unité. Des frottis sont pratiqués tous les 10 jours jusqu'à la date habituelle de l'avortement et pendant six semaines au delà de cette date. Après quoi ils sont espacés davantage.

Deux éventualités sont alors possibles :

1) Le frottis garde un aspect satisfaisant. La dose prescrite est alors considérée comme une dose d'entretien, et n'est pas modifiée.

MÉDICATION
BIO-ÉNERGÉTIQUE
COMPLÈTE



ÉTATS DÉPRESSIFS
USURE ORGANIQUE
NEURO-ARTHRITISME

RÉSULTAT IMMÉDIAT
INNOCUITÉ ABSOLUE

ÉCHANTILLONS ET LITTERATURE : LABORATOIRES "LA BIOMARINE", DIEPPE

AGENT GÉNÉRAL POUR LA TUNISIE : Ets NOTE, 61, avenue Garros, TUNIS — Tél. : 97.090

2) Le frottis est moins satisfaisant, ou même devient mauvais. La dose est augmentée d'une unité, soit de 20 mmgr.. Un frottis est fait 8 jours plus tard. Suivant la réponse, on accroît la dose jusqu'à 60 et 80 mmgr. par jour. Nous sommes allés plus loin jusqu'à 120 mmgr., mais nous avons renoncé à cette posologie. En dehors des dangers possibles signalés en particulier par ROBEY, de telles doses ne donnent pas les résultats escomptés. Si l'amélioration ne se produit pas, c'est à la *combinaison œstrogéno-progestéronique* qu'il faut recourir. On injecte deux fois par semaine par voie intra-musculaire de la progestérone en solution cristalline, ou bien l'on inclut un pellet de 100 mmgr. Dans la première modalité, en fin de traitement on peut utiliser les corps progestatifs par voie buccale (prégnénilonone) à la dose quotidienne de 6 comprimés de 10 mmgr. Les doses de prégnénilonone correspondent au quart des doses de progestérone.

2° *Avec ou sans antécédents d'avortement spontané, des signes cliniques (métrorragies) ou cytologiques (hématies) de menace d'interruption apparaissent :*

Il faut alors :

— donner immédiatement des doses de 60 mmgr. au moins *d'œstrogènes* par jour, par prises de 20 mmgr. régulièrement réparties. KARNAKY conseille une autre modalité dont nous n'avons pas l'expérience : administration d'une dose de charge par voie parentérale, et poursuite du traitement par des doses orales de 5 mmgr. toutes les heures jusqu'à cessation des hémorragies;

— contrôler en même temps la vitalité de l'œuf par un titrage de gonadotrophines pour pouvoir éventuellement interrompre une thérapeutique sans objet.

Mais l'association d'un *traitement progestéronique* s'impose en cas de menace d'avortement. La progestérone doit alors être administrée tous les jours par voie intra-musculaire sous sa forme huileuse ordinaire à la dose de 10 à 20 mmgr. Lorsque les signes cliniques ont cessé et que les frottis deviennent normaux, on recours aux injectionsl bihebdomadaires, puis hebdomadaires de solution cristalline.

3° *Terminaison du traitement :*

a) Le traitement est poursuivi, sil existe des avortements dans les antécédents, pendant six semaines au delà du terme habituel de l'avortement;

b) La surveillance cytologique bi-mensuelle est continuée après la cessation du traitement. Toute anomalie cytologique appelle la reprise du traitement;

c) L'interruption du traitement est progressive. Les règles concernant la progestérone ont été données plus haut. La posologie œstrogénique est diminuée de une unité (20 mmgr.) par quinzaine, et au-dessous de 20 mmgr., de 5 milligr. par semaine.

IV *STATISTIQUE*

A) 52 femmes ont été suivies pour avortements spontanés. (Centre hospitalier Foch et fichier de ville). Le tableau suivant indique la tenue et le résultat :

Antécédents	Nombre Total	Femmes traitées	Femmes Surveillées	Grossesse ayant évolué normalements	Avortement
Premier accident . . .	16	12	4	14	2
1 avortement antérieur	21	12	9	20	1
2 avortements antérieurs	10	8	2	10	—
3 avortements antérieurs	4	4	—	3	1
plus de 3 avortements antérieurs	1	1	—	—	1
TOTAL	52	37	15	47	5

B) *Trois observations caractéristiques sont résumées ci-après :*

Observation.

Madame B... Lucienne — 27 ans —
— Pas d'antécédents pathologiques.
— Antécédents obstétricaux : 2 avortements spontanés antérieurs de 2 mois.
— Groupe O. Rh +
— Sperme du mari : normal.
— Hystérographie : normale.
3e *grossesse :*
— Dernières règles : 21 novembre 1952.
— Suivie dès le 4e jour suivant le retard des règles.
— Traitée par les œstrogènes dès le début du 2e mois.
— Malgré le traitement menace d'avortement à 1 mois 1/2.
— Hospitalisée à ce moment, perd du sang, a des couleurs abdominales. Ces signes persistent pendant plusieurs semaines.
— Suivie quotidiennement par les frottis, traitée par des doses croissantes d'œstrogènes (jusqu'à 120 mmgr.) auxquelles on adjoint de la progestérone à la fin du 2e mois. (implant de 100 mmgr.).

— Les frottis montrent une amélioration notable au début du 3e mois.

— On diminue progressivement les doses et l'on continue la surveillance par les frottis une fois par semaine.

— Les frottis étant redevenus absolument normaux au début du 4e mois, on continue à diminuer les doses, mais on poursuit, cependant traitement et surveillance jusqu'au 7e mois.

— Accouchement normal à terme le 9 septembre 1953, d'une fille vivante criant aussitôt 2.840 gr.

Délivrance naturelle et complète pesant 480 gr.

2e Observation.

Madame A. Marie-Louise.

— Primigeste de 23 ans, sans antécédent pathologique.

— Dernières règles du 4 décembre 1952.

— A le 14 janvier 1953, métrorragies importantes et douleurs.

— Le premier frottis est difficile à interpréter en raison d'une vaginité à trichomonas qui crée une fausse éosinophilie.

— Cependant on se rend compte que l'index éosinophilique vrai est élevé, et l'on met en œuvre le traitement : stilboestrol, 15 mmgr. par jour, pendant 3 semaines, cependant que l'application locale de stovarsol supprime rapidement les trichomanas.

— Les frottis restant peu satisfaisants, on augmente la dose d'œstrogènes à 25 mmgr. par jour. A partir de ce moment (grossesse de 2 mois), les frottis après être restés longtemps stationnaires avec une éosinophilie élevée, et une pauvreté des caractères de grossesse, vont progressivement s'améliorer.

— Lorsque la grossesse atteint 4 mois, les frottis ne sont pas encore absolument normaux, mais ils ne sont plus alarmants. On diminue alors la dose d'œstrogènes : 15 mmgr. par jour pendant une semaine. Puis les frottis étant devenus tout a fait normaux, on ne donne plus que 5 mmgr. de stilboestrol par jour, pendant une semaine, pour le supprimer complètement ensuite.

— A partir de cette date (grossesse de près de 5 mois), l'évolution a été absolument normale.

— Accouchement normal à terme le 8 août 1953.

Cette observation illustre le temps de latence nécessaire, après la mise en œuvre du traitement, pour que les frottis reprennent un aspect normal pour l'âge de la grossesse.

REMBOURSÉ PAR LA S. S.

ACTH Cortrophine

PRÉPARÉE & TITRÉE PAR LE

LABORATOIRE DE L'ENDOPANCRINE

FLACONS A 25 & 50 U. I.

DOCUMENTATION SUR DEMANDE * 48, RUE DE LA PROCESSION - PARIS

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

La lyophilisation
conserve les principes biologiques de la plante

Acide Folique - Carotène - Chlorophylles A et B
Vitamines B - C - D - K - P P - Fer - Calcium
Magnésium - Potassium.

ANÉMIES FERRIPRIVES - ANÉMIES HYPOCROMES - AVITAMINOSES DÉMINÉRALISATION - HYPOTENSION

POTENTIALISE L'ACTION DE LA VITAMINE B 12

SPINACIA PROBIOS

BOITE DE 7 AMPOULES ET COFFRET DE 21 AMPOULES - REMBOURSÉ A. S.

J. LESQUENDIEU, Pharmacien

LABORATOIRES PROBIOS, 4, Rue de Miromesnil, PARIS (8e)

3e Observation

Madame D... Simone a un mauvais passé obstétrical :

— 2 accouchements prématurés au terme de 7 mois avec 2 enfants morts.

— 3e grossesse : Dernières règles du 29 avril 1953.

— Le traitement par les œstrogènes a été mis en œuvre en ville dès le 2e mois de la grossesse, à raison de 25 mmgr. par jour.

— Cette femme n'est venue consulter à l'Hôpital Foch qu'au 5e mois de la grossesse.

— A ce moment, les frottis sont d'interprétation difficile, en raison d'une vaginité à trichomonas très rebelle. Cependant l'on se rend compte qu'ils ne sont pas normaux et l'on porte la dose d'œstrogènes à 40 mmgr.

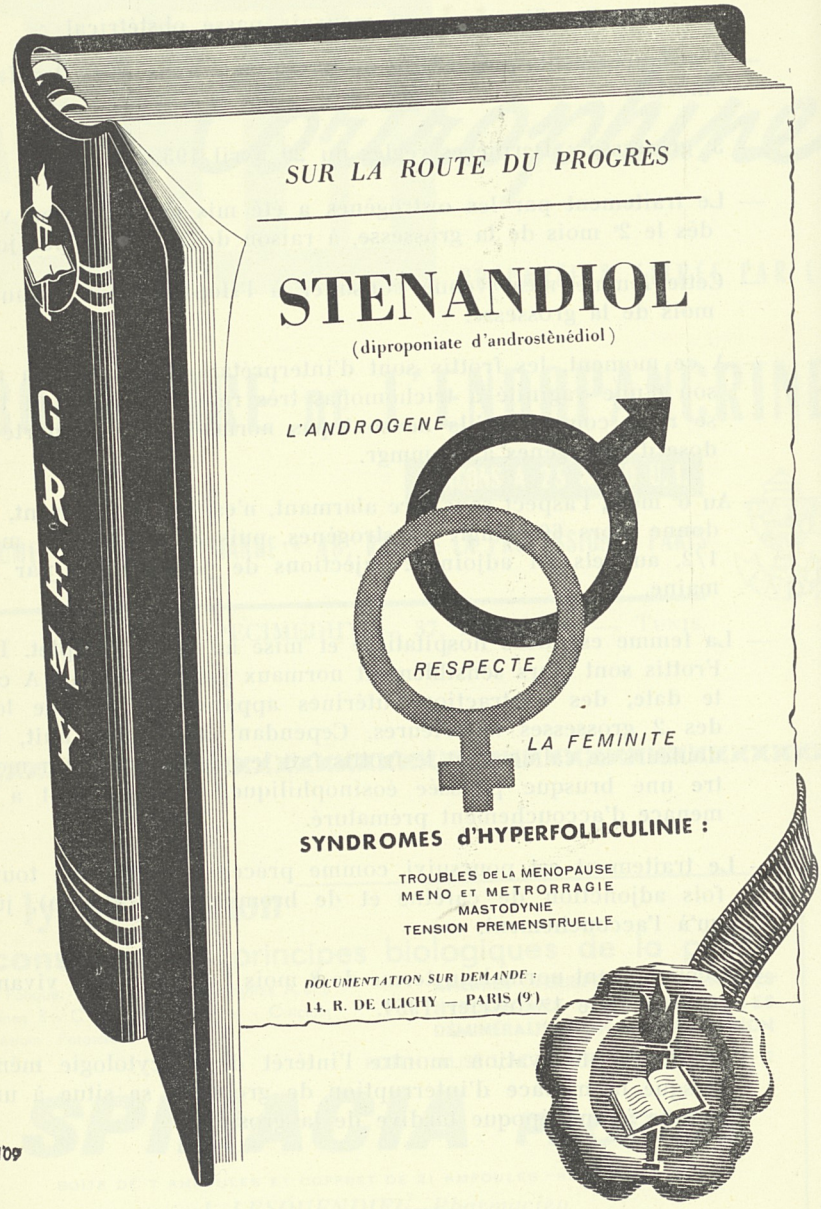
— Au 6e mois, l'aspect sans être alarmant, n'est pas satisfaisant, on donne alors 60 mmgr. d'œstrogènes, puis 80 mmgr. à 6 mois 1/2, auquels on adjoint 2 injections de progestérone par semaine.

— La femme est alors hospitalisée et mise au repos complet. Les Frottis sont alors sensiblement normaux jusqu'à 7 mois. A cette date, des contractions utérines apparaissent comme lors des 2 grossesses antérieures. Cependant après une nuit, les douleurs se calment, et le frottis fait le lendemain matin montre une brusque poussée éosinophilique, correspondant à la menace d'accouchement prématuré.

— Le traitement est poursuivi comme précédemment (avec toutefois adjonction de caféine et de bromure de calcium), jusqu'à l'accouchement.

— Accouchement normal au terme de 8 mois 1/2 d'une fille vivante et normal le 1er février 1954.

Cette observation montre l'intérêt de la cytologie même lorsque la menace d'interruption de grossesse se situe à une époque à une époque tardive de la grossesse.



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

LE TRAITEMENT DE LA MALADIE GRAVIDIQUE TARDIVE

par R. MERGER

—o—

(Conférence faite en avril 1954)

La maladie gravidique tardive est appelée aussi toxicose gravidique tardive, ou néphropathie gravidique, vocables qui ont remplacé le vieux mot d'albuminurie gravidique.

Quel que soit le désaccord sur les appellations, l'important est de bien séparer d'une part, la grossesse compliquant une hypertension ou une néphrite ancienne, d'autre part, une maladie d'apparition tardive c'est-à-dire contemporaine de la grossesse, survenant dans sa seconde moitié. C'est cette deuxième maladie qu'on aura en vue, maladie purement gravidique et temporaire, syndrome fonctionnel qui laisse le rein intact après la guérison.

Cette maladie est constituée par une triade symptomatique : l'albuminurie, l'œdème et l'hypertension, symptômes qui peuvent aussi être isolés, ou seulement couplés, dont l'hypertension est le moins fréquent, mais aussi le plus important du point de vue pronostique.

La place éminente occupée par cette maladie se traduit en clinique par la nécessité, à chaque examen prénatal, d'examiner les urines et de prendre la tension artérielle.

Ayant eu soin d'écarter l'éventualité d'une atteinte organique antérieure par les diverses épreuves de laboratoire : cylindrurie, azotémie, épreuves du fonctionnement rénal (phénol-sulfone-phtaléine, épreuves de cléarance), l'évolution sera suivie par la courbe de la tension artérielle, mais aussi par les modifications des signes associés. C'est ainsi qu'on suivra l'évolution des œdèmes, qu'on recherchera les signes sensoriels de l'éclampsisme, qu'on s'attachera à la courbe de la diurèse et à l'examen du fond d'œil, cet antichambre du cerveau.

On pourra ainsi prévoir souvent soit l'amélioration, soit l'aggravation, que celle-ci soit progressive ou paroxystique, et adapter le traitement à l'évolution.

Le traitement, on s'en souvient, a opposé parfois avec passion les tenants de la thérapeutique strictement médicale et ceux de l'ovacuation utérine, fut-ce par voie abdominale. Le désaccord persiste de nos jours, mais singulièrement atténué et dans son expression et dans les faits. Il est souvent plus doctrinal que pratique. Les acquisitions nouvelles de la pharmacologie concernant surtout les divers sédatifs du système nerveux ont semblé devoir ressusciter les vieilles querelles en faisant pencher la balance du côté de la thérapeutique médicale.

Le but de cette conférence est de tenter de faire le point du problème, d'exposer en tous cas nos conceptions sans nullement mésestimer, dans une question si difficile et encore si peu connue, les conceptions qui s'écartent des nôtres.

On ne peut guère comprendre les données du traitement de la maladie gravidique tardive, sans essayer d'en dégager la physio-pathologie.

PHYSIO-PATHOLOGIE DE LA TOXICOSE TARDIVE

Les hypothèses tendant à expliquer la maladie gravidique tardive ne sont pas épuisées. La plupart d'entre elles ont apporté leur tribut à la compréhension de la maladie. Aujourd'hui, un travail de synthèse tend à les rassembler et il est permis d'avancer une théorie cohérente, quoique sans doute temporaire. On partira des effets terminaux, ceux qui sont extériorisés par la clinique, pour tenter de remonter au point de départ.

1° *La cause directe des accidents observés est l'angiospasme,* qui porte avant tout *sur les capillaires.* La constriction prolongée des capillaires explique en effet les symptômes. Sur le rein, elle provoque l'albuminurie et contribue à expliquer l'hypertension. Sur le cerveau, elle explique les parésies transitoires parfois observées à la fin de la grossesse.

Sur le fond d'œil, elle explique le spasme des artérioles de la rétine observé à l'ophtalmoscope, certaines diminutions de l'acuité visuelle et amauroses transitoires.

Sur le placenta, elle explique le moindre débit de la circulation fœto-placentaire et la gêne du développement du fœtus.

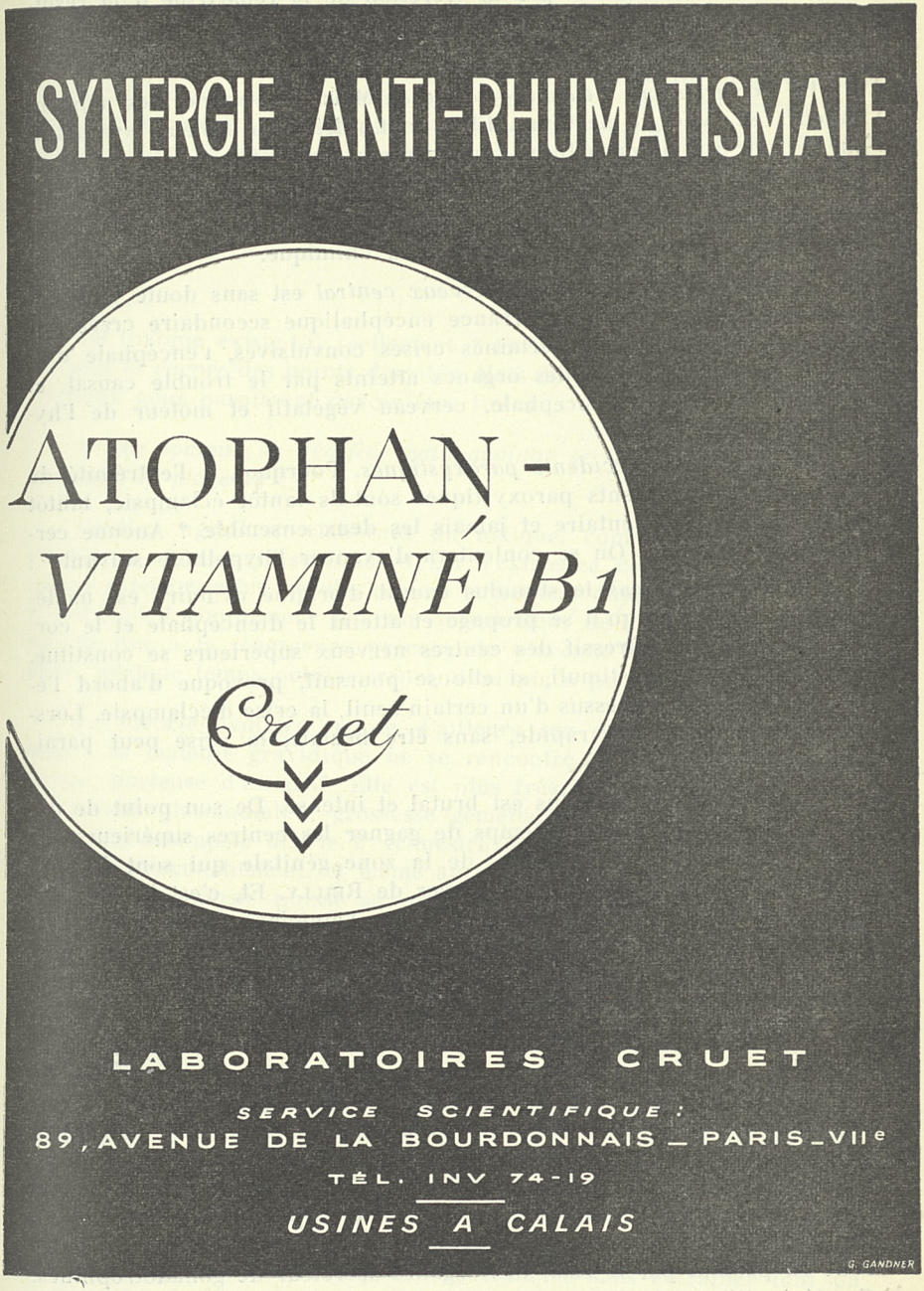
Sur les tissus, elle explique le désordre des échanges et les bouleversements humoraux qui en résultent : trouble du métabolisme hydrosodé avec constitution des œdèmes par déséquilibre des échanges osmotiques; trouble du métabolisme des sels minéraux avec en particulier diminution de la calcémie et apparition d'acidose.

2° *L'angiospasme est lui-même la conséquence d'un désordre neuro-endocrinien.*

A) *Perturbations endocriniennes :*

a) C'est surtout *la sécrétion hypophysaire* qui est troublée. *Le lobe postérieur,* normalement chargé au cours du travail de la sécrétion d'ocytocine, secrète une vasopressine et une hormone anti-diurétique. Ainsi se trouvent favorisés : l'œdème par rétention aqueuse, l'hypertension et les spasmes vasculaires par action directe.

Le lobe antérieur, par la sécrétion de l'A.C.T.H. actionne la cortico-surrénale, d'où rétension hydro-chlorurée sodique.



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

b) *Le rein endocrine* par la sécrétion de la rénartrine d'où résulte la rénine hypertensive concourt probablement au vaso-spasme, à l'ischémie et à l'hypertension.

B) *Perturbations neuro-végétatives :* Mais les endocrines agissent toujours en synergie nerveuse. Elles sont reliées au système sympathique, et par son intermédiaire, aux centres supérieurs.

a) *Le rôle de l'irritation des ganglions sympathiques* dans le déclenchement des spasmes est prouvé par les expériences de REILLY, que l'irritation soit mécanique, électrique ou chimique.

b) *Le rôle sur le système nerveux central* est sans doute plus important encore. Outre la souffrance encéphalique secondaire créée par l'œdème, responsable de certaines crises convulsives, l'encéphale doit être le premier en date des organes atteints par le trouble causal, et particulièrement la diencéphale, cerveau végétatif et moteur de l'hypophyse.

c) *Génèse des accidents paroxystiques.* Pourquoi, à l'extrémité de la chaîne, les accidents paroxystiques sont-ils tantôt éclampsie, tantôt apoplexie utéro-placentaire et jamais les deux ensemble ? Aucune certitude sur ce point. On se contentera d'avancer l'hypothèse suivante :

Dans certains cas le stimulus causal d'origine ovulaire est modéré. C'est peu à peu qu'il se propage et atteint le diencéphale et le cortex. Un œdème progressif des centres nerveux supérieurs se constitue. L'accumulation des stimuli, si elle se poursuit, provoque d'abord l'éclampsisme, puis au-dessus d'un certain seuil, la crise d'éclampsie. Lorsque l'accumulation est rapide, sans être brutale, la crise peut paraître inopinée.

D'autres fois le stimulus est brutal et intense. De son point de départ ovulaire, il n'a pas le temps de gagner les centres supérieurs. Ce sont les ganglions sympathiques de la zone génitale qui sont frappés d'emblée, comme dans les expériences de REILLY. Et, c'est la zone génitale qui réagit seule et tout de suite par l'apoplexie. Mais là aussi, il y a des degrés. L'intensité du stimulus peut être telle que l'angiospasme gagne la cortico-surrénale d'où les nécroses signalées par SCHEAN, ou le rein lui-même d'où les hématuries possibles.

3° *Reste à fixer le point de départ initial, cause du désordre neuro-végétatif.*

Constatons d'abord qu'il existe, en cas de maladie gravidique tardique, *un désordre endocrinien important du placenta* Les gonadotrophines sont sécrétées en excès. Mais surtout l'excrétion du prégnandiol s'effondre et le taux des œstrogènes oxydés subit une chute importante. Ces œstrogènes oxydés, pratiquement dépourvus d'effets œstrogéniques vrais, jouent un rôle essentiel dans la synthèse de la progestérone en passant par le relai des organes secréteur de gonadotrophines. Ce déséquilibre n'est pas sans rappeler celui qu'on observe dans les avortements endocriniens à répétition.

Deux auteurs américains, les SMITH, pensent que ce bouleversement hormonal du placenta est en rapport avec la désintégration catabolique de l'organe trop précocement sénescent. Cette désintégration libèrerait un toxique, la menotoxine, identique à celle qui sécrète l'endomètre menstruel, euglobuline à propriétés fibrinolytiques. Ce toxique serait en fin de compte le prinum movens de la maladie, et la vieille théorie toxique serait réhabilité.

*
* *

Ce toxique existe-t-il réellement ? Est-il cause première ou effet ? Ce sont là encore des points discutés. Mais de ce qui précède, deux conclusions nous paraissent devoir être tirées.

1° *Au sommet de l'édifice pathogénique se trouve l'œuf, plus précisément le placenta :*

Celui-ci agit-il en élaborant un toxique, comme le pensaient les cliniciens classiques, se fondant sur l'existence constante de symptômes à extériorisation rénale, comme le pensent aujourd'hui les SMITH ? L'œuf agit-il simplement par un dérèglement de sa fonction endocrinienne due à la sénescence précoce du placenta ? Mais l'origine ovulaire, quelque temps oubliée, reprend sa place perdue.

La théorie ovulaire repose d'ailleurs sur des arguments de bon sens : la maladie gravidique ne se rencontre que chez la femme enceinte, porteuse d'un œuf. Elle est plus fréquente dans les faits d'hyperactivité plasmodiale : grossesse gémellaire; môle qui peut se compliquer d'éclampsie dès le 2e trimestre de la grossesse. Elle s'améliore après l'accouchement, et même après la mort du fœtus in utero. Le fait que l'éclampsie puisse survenir dans les suites de couches n'est pas un argument contraire : l'éclampsie de cette période est l'exception; les crises sont peu nombreuses et bénignes; surtout elles sont toujours très proches de l'accouchement, à un moment où l'organisme maternel n'a pas encore éliminé les effets de la présence ovulaire.

2° Si chacune des anciennes théories pathogéniques n'a saisi que l'un des anneaux d'une chaîne pathologique, elle a du moins permis d'éclairer chacun d'eux et d'étudier sa thérapeutique propre. *L'école contemporaine tend à une conception synthétique* en groupant les faits épars d'un système hiérarchisé d'intéractions. Sous des noms divers : réaction d'adaptation des anglo-saxons, nervisme des Pawloviens, la tendance générale est la même : considérer l'économie comme un tout dont nulle fonction ne peut être troublée sans entraîner tout un système de réactions à effets plus ou moins lointains.

I. LES METHODES THERAPEUTIQUES

A) *Thérapeutique symptomatique.*

1° Traitement des œdèmes.

1) *Le régime déchloruré et la restriction des liquides* est un temps essentiel du traitement.

A ce point de vue, ni *la diète hydrique* (48 heures), ni *la diète lactée* de Tarnier (une semaine) ne correspondent exactement au but cherché. Il n'en reste pas moins que l'on ne peut nier les bons effets prophylactiques de la méthode de Tarnier en matière d'éclampsie. Si la restriction liquide n'est pas respectée, la restriction chlorurée imposée par ces deux méthodes est suffisante. Le lait a cet autre avantage d'être riche en calcium.

Cette diététique suffit en général. Quelquefois un apport protidique peut être nécessaire pour la prophylaxie de certains œdèmes de carence, mais il n'est pas indiqué de tomber dans les excès du régime hyperprotidique qu'on a parfois conseillé.

2) *Les diurétiques* peuvent être utiles, en particulier le chlorure d'ammonium.

3) *Les résines échangeuses d'ions* sont d'un emploi trop dangereux pour être utilisées dans la pratique.

2. Thérapeutique sédative des centres nerveux.

a) *Son action peut être centrale :*

1) *La suppression de tous les excitants sensoriels et sensitifs* est toujours nécessaire. La malade est isolée dans une chambre demi- obscure et silencieuse.

2) La pharmacopée possède toute une gamme de produits :

a) *Les sédatifs généraux :* morphine, piridosal, novocaïne intraveineuse (qui peut être dangereuse pour le fœtus).

b) *Les cortico-sédatifs :* chloral souvent administré en lavements, paraldéhydes, bromures.

c) *Les diencéphalo-sédatifs :* les barbituriques, dont les produits commercialisés sont multiples, administrés par voie orale ou rectale.

d) *Les correcteurs minéraux du déséquilibre neuro-tonique :*

— le calcium et ses fixateurs;

— le sulfate de magnésium par voie intra-musculaire, ou intraveineuse en solution hypertonique à raison de 40 cc3 à 15 %.

e) *Les neuroplégiques globaux :* La chlorpromazine est le produit moderne qui connaît une vogue inouïe. Il est administré en perfusion

veineuse lente. Il agit en particulier sur l'œdème cérébal et l'hypertension.

Si l'on remarque que la plupart de ces médicaments, sédatifs à faible dose, sont des hypnotiques à dose forte, on comprendra la filiation qui existe entre eux et les méthodes modernes de « sommeil artificiel ». Le père de ces méthodes, en ce qui concerne la maladie gravidique, est STROGANOFF qui le premier avait codifié l'emploi des sédatifs en associant le chloral, la morphine et le sulfate de magnésium.

b) *Son action peut être périphérique, elle est alors vaso-dilatatrice et hypotensive :*

1) *La chaleur* est une excellente et ancienne thérapeutique, qui explique le maintien au lit et l'usage des camisoles de flanelle dans les vieilles maternités.

2) *La saignée, longtemps* remède héroïque de l'éclampsie, paraît avoir perdu son crédit dans tous les cas.

3) *Les vaso-dilateurs* tels que l'acétylcholine, la vératrine ne sont plus guère employés.

4) *Les hypotenseurs modernes* doivent au contraire être retenus : Ce sont *les ganglioplégiques* tels que le bromure de tétra-éthyl-ammonium et surtout *les méthoniums.* (penthonium et hexaméthonium).

B) *Thérapeutique pathogénique.*

Elle peut avoir trois visées :

1) *Réparer l'effondrement des œstrogènes :* D'où l'administration *d'œstrogènes de synthèse* dont l'action est analogue à celle des œstrogènes oxydés. Cette thérapeutique, quoique rationnelle, ne nous a donné aucun résultat aux doses déjà fortes de 100 à 150 milligrammes par jour. Les américains vont jusqu'à 200 à 300 milligrammes, mais on s'expose alors à des dangers d'apoplexie utérine médicamenteuse.

2) *Neutraliser la toxine :* Cette thérapeutique ne repose encore que sur des vues théoriques. On a proposé d'utiliser :

a) *Une pseudo-globuline protectrice* tirée du sang menstruel.

b) *Certains antibiotiques* qui, à forte dose, auraient des propriétés neutralisantes indépendantes du pouvoir bactério-siatique.

c) *Les antihistaminiques de synthèse* pour ceux qui voient dans les accidents paroxystique un phénomène allergique.

3) *Surtout supprimer la cause première en détachant l'œuf de l'organisme maternel :*

— soit par accouchement provoqué;

— soit par opération césarienne, en fin de compte seule thérapeutique pathogénique valable.

Traitement expulsif de la lithiase urétérale

NOKHEL

AMPOULES — COMPRIMES — SUPPOSITOIRES

Premier dérivé hydrosoluble de la khelline

Six fois moins toxique que la khelline — Indolore en injections i/m ou s/c

Posologie particulière à la lithiase urétérale { **Une ampoule en i/v et Trois ampoules en i/m** } **par j. pendant 4 à 5 j.**

Autres indications : Angor - Asthme - Coqueluche

Laboratoires HOUDÉ - 9, rue Dieu - PARIS Xe

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

EXO-THION "Cicatrisations"

INOSIMÉSOL-CHOLINE EGIC

"Insuffisances Hépatiques"

INOSIMÉSOL-CHOLINE "EGIC" : Boîte de 6 et 18 ampoules buvables

EXO-THION : Poudre et Pommade

L'ÉQUILIBRE BIOLOGIQUE - COMMENTRY - ALLIER

Wallace et Draeger

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

LES INDICATIONS DU TRAITEMENT

Première division correspondant aux faits cliniques : le traitement prophylactique et celui des formes non compliquées est simple. Le traitement des formes compliquées est difficile.

1° Formes non compliquées.

a) *La prophylaxie* a triomphé dans ce domaine. L'obligation des examens prénataux depuis les lois sociales, le dépistage de l'albuminurie et de l'hypertension, les règles de repos, d'hygiène et de diététique pendant la grossesse, en évitant la fatigue, le froid et l'intoxication alimentaire, on fait régresser les grands accidents de la maladie gravidique, et surtout l'éclampsie. Cinq éclampsies en 4 ans au Centre Hospitalier Foch, dont deux légères, au lieu de deux par semaine environ dans l'hiver 1924-1925, lorsque j'étais externe en accouchement à St Antoine.

b) *Les très nombreuses formes bénignes,* souvent monosymptomatiques, à condition d'être traitées et surveillées, guérissent simplement.

Les formes albuminuriques simples sont justiciables du repos, de la chaleur, du régime hypochloruré, parfois précédé de la diète hydrique. Les formes œdémateuses relèvent du régime déchloruré strict avec restriction liquide, auquel on peu adjoindre le chlorure d'ammonium. Les formes hypertensives relèvent d'un régime plus strict encore, parfois du régime lacté.

2° Formes graves de la maladie gravique.

On doit distinguer deux ordres de faits :

— ou bien la maladie gravidique s'aggrave sans qu'éclate encore un accident paroxystique;

— ou bien l'on est en présence d'un accident paroxystique.

a) *Forme grave en dehors des accidents paroxystiques :*

Là encore, dans la grande majorité des cas, le traitement médical banal suffit à faire régresser la maladie, au moins à l'empêcher de s'aggraver. Mais ce traitement peu se trouver en défaut. Malgré lui, les signes observés s'aggravent ou se complètent, et l'élévation de la tension artérielle a une importance capitale. Ou bien des signes nouveaux apparaissent, décrit par BAR sous le nom d'eclampsisme : signes subjectifs, céphalée tenace, vertiges, crampes, insomnie, barre épigastrique, qui font peser sur la femme une menace à brève échéance. Ou enfin, sans éclampsisme, sans même une forte aggravation des symptômes, l'albuminurie et l'hypertension persistent à un degré notable; elles menacent alors la vie de l'enfant.

C'est là en particulier que se pose la question de l'efficacité des sédatifs nerveux modernes, aspect nouveau du problème. On peut se servir soit des sédatifs à action périphérique, (penthonium), qui sont les ganglioplégiques, soit des sédatifs à action centrale dont le plus moderne est la chlorpromazine. Notre expérience personnelle nous fait préférer dans tous les cas les sédatifs à action centrale, les narcobiotiques.

Quel résultat faut-il en attendre ? Nous avons eu quinze fois l'occasion d'utiliser un narcobiotique, la chlorpromazine, dans ces circonstances. Nous sommes dès lors en mesure d'avancer que son utilité dépend de l'époque de la grossesse à laquelle on l'emploie. Si la femme est en travail, ou très près du terme, l'action de la chlorpromazine peut être très utile. Elle abaisse la tension artérielle sans nuire à l'enfant, et permet d'attendre la naissance, ou même le début du travail s'il doit suivre de très près le début du traitement. La chlorpromazine doit toujours être utilisée en perfusion veineuse lente, diluée dans une petite quantité de liquide, pour éviter un apport hydrique excessif et pour pouvoir interrompre tout de suite le traitement. N'oublions pas en effet, que la chlorpromazine est un dépresseur nerveux général, en particulier respiratoire et circulatoire. Sous ces réserves, des succès peuvent être obtenus par ce seul traitement

Mais il en est autrement lorsque la grossesse est encore loin du terme, et même lorsque la femme étant près du terme ou en travail, l'accouchement tarde à se produire. Le délai imparti est trop long, l'action du neuroplégique ne peut être suffisamment prolongée.

Ainsi, l'espoir mis dans cette nouvelle pharmacopée, n'est que partiellement réalisé. Dans ces nouvelles conditions, le véritable traitement pathogénique, c'est-à-dire l'évacuation utérine par césarienne, reprend tous ses droits. L'enfant est ici le grand bénéficiaire de la conduite chirurgicale. Sans doute faut-il qu'il ait au moins 6 mois de vie intra-utérine. Même alors il est relativement petit. Mais, quoique prématuré, il n'a aucun intérêt à demeurer « in utero »; il risque moins, comme l'a justement écrit M. Pigeaud, avec nos moyens d'élevages modernes, de sa prématurition que de son maintien « in utero » dans de mauvaises conditions physiologiques.

Sans doute, il existe des cas limitrophes, dans lesquels le fœtus est encore trop jeune lorsque l'aggravation maternelle se produit. On voudrait atteindre l'âge de viabilité, mais en attendant on risque soit un accident maternel, soit la mort du fœtus.

Une observation illustre bien cette manière de voir :

Madame B... IV° geste de 30 ans arrive en mai 1953 en avion du Tchad pour accoucher a Paris.

Elle a déjà 2 enfants vivants. Les grossesses et les 2 accouchements ont été normaux. Après ces deux accouchements, un avortement spontané de 3 mois de cause inconnue. Dans les antécédents, on relève

du paludisme et des parasitoses diverses, mais ni néphrite chronique, ni hypertension artérielle. Elle est enceinte de 6 mois.

Nous la voyons le lendemain de son arrivée; elle a 4 gr., 25 d'albumine par litre d'urine, une tension artérielle à 17-10, aucun œdème. Elle est tout de suite hospitalisée au Centre Foch pendant 9 jours. L'étude du bilan rénal par le dosage d'urée, l'épreuve à la phénol-sulfonephtaléine, le Von-Slyck montrent que le fonctionnement rénal est normal. Cette femme est mise à un régime déchloruré strict et rentre chez elle. Huit jours plus tard, elle revient. La diététique a été inefficace, la tension est à 20-12, l'albumine oscille suivant es jours 3 et 7 grammes par litre.

La malade est alors hospitalisée pour la 2e fois. Pendant 10 jours on se contente d'un traitement médical, le problème nous parraissant être de gagner du temps, pour que le fœtus ait atteint une certaine résistance. On prescrit 200 mmgr. de stilboestrol par jour et le 1er juin de la chlorpromazine en intra-musculaire, mais le 6 juin la tension artérielle remonte à 18-12. On injecte alors de la chlorpromazine (largactyl) en perfusion veineuse. Cette thérapeutique fait tomber la tension à 12-9, mais, dès le lendemain la tension remonte à 17-11 puis à 19-11. On fait alors une nouvelle injection de largactyl intra-veineuse en perfusion dans du sérum plucosé qui fait retomber la tension à 12-9. Le lendemain la tension est à 13-10, mais l'albuminurie est à 7 gr.,25 par litr.e Le surlendemain, tension 15-10, albuminurie 7 gr.,50 hypertension rétinienne à l'examen du fond d'œil. En somme, le narcobiotique qu'est la chlorpromazine n'a réussi à juguler l'hypertension que d'une façon toute transitoire.

Les signes cliniques restent menaçants et pour la mère et pour le fœtus. Comme le terme de la grossesse approche de 7 mois et que l'enfant est vivant (les battements du cœur fœtal ont toujours été normaux), et quoique le fœtus paraisse petit, on pratique une intervention césarienne le 8 juin. On extrait un enfant de 1.150 grs qui est immédiatement transporté dans un incubateur. Après une chute de poids qui l'amène à 875 grs, cet enfant s'élève normalement, a une courbe de poids régulière et s'élève bien. Il est actuellement en bonne santé, retourné dans la région du Tchad. Les suites opératoires maternelles ont été normales.

b) *Accidents paroxystiques :*

1° Eclampsie.

Le problème de l'intervention, sauf forceps dans l'excavation, ne se pose pas si le travail est déclenché ou si l'enfant est mort. Cette règle s'accorde avec les deux notions classiques que le travail est rapide au cours de l'éclampsie, notion qui condamne l'emploi de la post-hypophyse, et que la mort de l'enfant améliore le pronostic maternel.

Mais lorsque l'eclampsie survient à la fin de la grossesse et que l'enfant est vivant, et c'est le cas habituel, la conduite à tenir est plus nuancée.

Premier cas : l'éclampsie éclate à la suite d'une longue phase d'éclampsisme. Elle est l'aboutissement de la phase de décompensation au cours de laquelle nous intervenons à titre prophylactique. Il y a donc une raison de plus d'intervenir ici, dès le début de la maladie convulsive.

Deuxième cas : si au contraire la première crise survient sans être précédée de la phase de décompensation, on peut mettre en œuvre le traitement médical. L'évolution peut être favorable. Si les crises se répètent, il faut alors intervenir sans attendre qu'elles se multiplient.

Troisième cas : On est amené à voir une malade lorsqu'elle a déjà eu plusieurs crises ou qu'elle est dans le coma. Le pronostic est alors moins bon, et ce sont les interventions faites dans ces circonstances qui ont fait la mauvaise réputation de l'évacuation utérine. A ce stade en effet, les désordres organiques graves peuvent s'être constitués. Pourtant l'intervention, quoique grevée d'échecs, est encore le meilleur traitement pour la femme, et certainement la meilleure sauvegarde de l'enfant.

Bien entendu, l'intervention n'empêche nullement la mise en œuvre simultanée du traitement médical.

Comment intervenir, lorsque l'indication a été posée, qu'il s'agisse de néphropathie gravidique non compliquée ou d'éclampsie ?

Le but est d'évacuer l'utérus. En dehors de l'éclampsie, sauf chez certaines multipares, si l'on a affaire à un col souple et déhiscent, on aura recours à la césarienne,

En cas d'éclampsie, on s'adressera presque toujours à la voie haute. La césarienne vaginale conserve une rare indication chez la multipare ayant un petit enfant. Une fois pour toutes, il ne faudrait plus se représenter la césarienne comme une entreprise extraordinaire. Actuellement c'est une opération simple; l'emploi des barbituriques anesthésiques ne peut qu'être favorable à l'état convulsif. Les moyens de réanimation modernes, qui devraient toujours être à portée immédiate dans un service obstétrique, mettent à l'abri des accidents pre et post-opératoires. Mieux vaut opérer sous ces conditions, que de laisser aller la maladie à des événements incontrôlables.

2° Apoplexie utéro-placentaire.

Le problème du traitement de l'apoplexie utéro-placentaire occupe une place à part, en rapport avec l'allure particulière de cet accident paroxystique. Là encore les positions doctrinales se sont affrontées et ont parfois subi un revirement complet au sein d'une même école. C'est ainsi que Portes en 1922 écrivait que le traitement de l'apoplexie utéro-placentaire est uniquement chirurgical, alors que plus

NOUVEAU !

le
traitement de l'Athérosclérose

SYNDROMES ANGINEUX – CORONARITES
ALGIES PRÉCORDIALES – DÉCHOLESTÉRINISATION

THIAMALGYL CHOLINE
Vitaminé C

Iodhydrate d'iodothiamine . . .	100 mg
Chlorhydrate de choline.	1 gr
Acide *l* Ascorbique	30 mg

injectable
et
comprimés

une ampoule = 10 comprimés

Combinaison cristallisée originale d'iode et de Vitamine B1.

Pas d'apport de sodium (régimes restrictifs)

INJECTABLE : Remboursable A. S.



tard COUVELAIRE, comparant l'apoplexie utéro-placentaire à la pancréatique hémorragique et l'assimilant à un choc d'intolérance, en revenait au rejet systématique de la chirurgie, position défendue aussi par de SNOO et SOLOMONS, par WEYMIERSCH et SNOECK.

Pour nous, notre conduite procède à la fois de l'idée synthétique par laquelle nous envisageons l'ensemble des néphropathies gravidiques et leurs accidents, et de l'observation des faits. Elle repose sur trois principes :

a) *Un grand nombre d'apoplexies utéro-placentaires relèvent du seul traitement médical :*

1) C'est le cas de la femme *en travail* dont l'état général est bon. Ici pas de dilatation forcée, pas de la classique et mauvaise césarienne vaginale, pas de manœuvres obstétricales.

Ce qu'il faut, c'est détendre l'utérus, par la rupture des membranes, excellent moyen souvent suffisant, mis en valeur depuis longtemps par M. LÉVY-SOLAL, c'est diminuer le spasme par la morphine et les anti-spasmodiques.

2) Lorsque la femme n'est pas en travail et que l'état général est bon, on peut encore temporiser et traiter médicalement.

b) *Mais pour peu que l'état général s'altère,* surtout si le travail n'est pas commencé ou est à son début, à plus forte raison si la rupture des membranes et les antispasmodiques sont insuffisants, *il faut opérer.* On connaît en effet, la gravité de l'affection, son absence fréquente de concordance avec les lésions anatomiques, l'importance primordiale du temps qui s'écoule, point sur lequel M. RIVIÈRE a justement insisté. Il faut donc opérer et opérer vite, exclusivement dans l'intérêt de la mère puisque l'enfant a succombé. Mais, que faut-il faire ? pour nous reposer sur notre troisième principe : il faut faire *l'intervention minima,* c'est-à-dire le plus souvent la césarienne conservatrice.

C'est l'ablation de l'œuf qui supprime le foyer de toxiques. Et l'infiltration sanguine qui dissocie les fibres du muscle utérin se résorbe facilement en rendant à l'organe toute sa qualité.

Toutefois, lorsque l'état général est très grave, et pour nous la gravité clinique prime l'aspect anatomique, il faut se résoudre à l'ablation de l'utérus et préférer l'hystérectomie en bloc.

Là encore, le traitement médical est institué en même temps que l'acte chirurgical.

Notre expérience personnelle s'accorde avec les résultats de la clinique Tarnier, publiés en 1937 (Congrès de Paris 1937, Gynécologie et Obstétrique, tome 36, page 326). Voici la statistique de TARNIER :

Sur 43 observations, 25 accouchements par les voies naturelles avec 2 morts maternelles(une césarienne vaginale et une cranioclasie) et 18 interventions par voie abdominale, correspondant aux cas les plus graves, sans mortalité maternelle.

L'expérience du Centre Foch (les 4 dernières années) confirme aussi ces données.

L'éclampsie reste une maladie redoutable. Sur 5 cas, nous avons eu :

— 2 morts maternelles avec morts fœtales. Nous avons voulu tenir compte des affirmations récentes sur les sédatifs nerveux. L'éclampsie, survenue dès le début du travail, a été traitées médicalement, une fois par la chlorpromazine. Mais nous devons reconnaître que nous avions injecté, comme véhicule du produit, trop de liquide par voie veineuse.

— 3 guérisons maternelles avec enfants vivants :

— une éclampsie des suites de couches;

— une éclampsie du travail, l'accouchement ayant pu être rapidement terminé par forceps;

— une éclampsie de la grossesse traitée par césarienne.

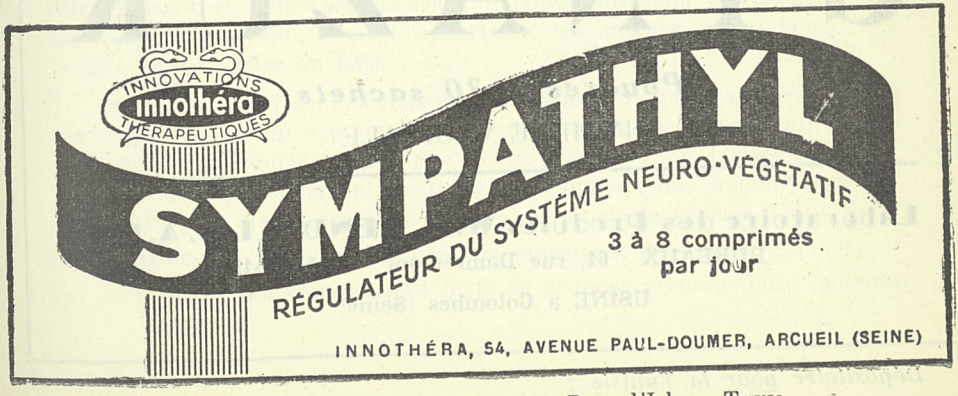
Au contraire nous avons eu 7 guérisons maternelles sur 7 apoplexies utéro-placentaire avec 6 enfants morts.

— 5 cas ont été traités médicalement;

— 2 cas ont été opérés. L'un des deux a permis d'extraire un enfant vivant. L'autre se rapporte à une forme particulièrement grave avec hématurie, accidents de fibrinolyse et anurie post-opératoire. Il est difficile de penser que le traitement médical eut pu guérir la malade.

CONCLUSION

Si sur le plan doctrinal les idées thérapeutiques restent différentes, les indications du traitement se rejoignent dans la pratique. Les nouveaux et puissants sédatifs nerveux apportent dans certains cas un moyen efficace de traitement, mais ne changent rien au principe pathogénique. Après Bar, Brindeau et bien d'autres, les Smith ont récemment écrit : « L'interruption de la grossesse est le seul moyen de cure de la toxémie ».



TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly - Tunis

CONES

Solubles Antiseptiques

RENDELL

Ovules de forme particulière (modèle déposé)
facilitant leur utilisation et assurant leur conservation aseptique

●

ACTION SPECIFIQUE SUR LES BACTERIES
ET LES PROTOZOAIRES
DES VOIES GENITALES FEMININES

●

PREVENTION ET TRAITEMENT DE TOUTES
LES INFECTIONS D'ORDRE GYNECOLOGIQUE

●

VAGINITE A TRICHOMONAS

ECHANTILLONS GRATUITS SUR DEMANDE

GYNAZUR

Poudres : 30 sachets

HYGIENE VAGINALE

Laboratoire des Produits W. J. RENDELL S. A. R. L.

BUREAUX : 61, rue Damrémont — **PARIS-18e**

USINE à Colombes (Seine)

Dépositaire pour la Tunisie :

H. VALENSI, pharmacien, 44, Avenue Jules-Ferry, TUNIS.

TRAITEMENT ACTUEL DE LA SEPTICÉMIE A PERFRINGENS

par R. MERGER

——o——

(Conférence faite en avril 1954)

Si j'ai tenu à exposer cette question devant la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Tunis, c'est que la connaissance de la physio-pathologie exacte de cette maladie est de date très récente; c'est que le traitement moderne peut beaucoup améliorer le pronostic naguère fatal de cette septicémie; c'est qu'enfin, ceux de mon école, mes amis et collaborateurs, ont contribué à préciser toutes les phases d'un traitement qui doit être minutieux, attentif et persévérant pour réussir.

*
* *

Le tableau clinique n'est pas nouveau. Les premières descriptions ont été faites par WIDAL, Léon KINDBERG. LEMIÈRE en 1911, puis, avec quelle maîtrise, par MONDOR en 1936. Mais, premier pas vers la compréhension du processus morbide, c'est LEMIÈRE, REILLY, MORIN et RATHÉRY qui ont montré la cause finale de la mort : l'anurie.

Il faut atteindre ces dernières années pour connaître les moyens efficaces du traitement. L'exsanguino-transfusion a été étudiée par WALLESTEIN, WIENER, TZANCK, BESSIS. La nécessité de maintenir l'équilibre hydro-électrolytique a été montrée par HAMBURGER, MATHÉ, CROSNIER. Les méthodes d'épuration extra-rénale ont été mises au point par FRAULÉ, SELIGMAN, FINE, en France par DÉROT et TANRET en ce qui concerne la dyalise péritonéale, par MALUF, ODEL et FERRIS, BRUON et SELOAAG, TWISS, en France par HAMBURGER en ce qui concerne la perfusion intestinale, sans parler des recherches en cours sur le rein artificiel.

Rappelons enfin, les récents travaux de PASTEUR-VALÉRY-RADOT, MILLIEZ, MORFAU, sur les anuries du post-abortum (1950), ceux de PASTEUR-VALÉRY-RADOT et DÉROT sur le rôle du potassium dans les néphrites aiguës anuriques (1953), notre rapport sur les anuries gravidiques à la Société Royale Belge en 1953.

On rappellera très brièvement le tableau clinique. Quelques jours après un avortement septique, rarement après un accouchement, la maladie éclate brusquement par une fièvre élevée et un frisson prolongé. Le curettage habituellement pratiqué ne donne qu'une amélioration passagère. Bientôt apparaissent les grands signes de la période d'état :

— dyspnée précoce avec anxiété et pincement du visage;

— ictère tantôt franc, tantôt mêlé de cyanose prenant alors la teinte orangé;

— hémolyse du sang; une anémie intense et rapide s'associe à la leucocytose avec polynécléose;

— hémoglobinurie avec cylindrure, les urines prenant la couleur de vin de Porto.

Enfin, troisième stade, une anurie s'installe. Le sondage ne ramène que quelque cc3 d'urine noire.

Nous avons tous connu ces tableaux dramatiques, où, l'hémoculture étant positive au perfringens, et la thérapeutique impuissante, une femme jeune mourait, souvent en quelques jours, fébrile, ictérique, anurique, dans un coma progressif. Les meilleures statistiques rapportaient avant la guerre 90 % de mortalité.

Nous avons eu à soigner en 2 ans dans mon service du Centre Foch à Suresnes, 3 septicémies à perfringens que nous avons guéries toutes les trois.

Trois dangers se succèdent à intervalles rapprochés : l'infection, l'hémolyse, l'anurie dont le dernier est celui qui demande la thérapeutique la plus patiente et la plus attentive, car l'évolution est sensible à la moindre négligence et à la moindre erreur. Mais le succès dépend aussi de la précocité du traitement. L'atteinte humorale et rénale est si rapide que les heures comptent. Dans notre troisième observation, la guérison a été obtenue bien plus aisément, parce que le traitement a été entrepris avant l'hémolyse macroscopique.

Nos observations récentes de septicémies à perfringens où la guérison a été obtenue en dépit de nombreuses difficultés, sont de nature à apporter des précisions dans la conduite du traitement et à faire envisager sous un jour moins défavorable le pronostic encore redoutable de cette maladie.

OBSERVATION N° 1 (Résumé) (1)

Mme X., 29 ans, entre au Centre Foch le 5 avril 1952 pour ictère et anurie survenus après des manœuvres abortives. L'état général est bon. Il n'y a pas de dyspnée mais une diarrhée profuse.

Anémie à 2.815.000; leucocytose : 49.800; urée : 1 gr. 20; hémoculture négative.

Traitement. — Pénicilline, Streptomycine, qui seront continuées pendant toute la durée de la maladie.

Régime hyperglucidique, aprotidique — exsanguino-transfusion de 6,500 litres.

Le lendemain, ictère un peu diminué, 10 cc.3 par 24 heures d'urine noire avec hémoglobinurie. Urée : 1 gr. 85. Hémolyse sanguine.

Traitement : 2e exsanguino-transfusion; curettage.

---

(1) Cette observation a été publiée in extenso dans Gynécologie et Obstétrique, 1953, N° 3, page 266 : « Les anuries gravidiques ».

Le 7 avril, mise en place d'une sonde duodéno-jéjunale par laquelle l'alimentation glucidique sera donnée pendant tout le cours de la maladie.

L'anurie persistera 11 jours. La diurèse ne reprendra que le 12e jour : 60, 110, 200, 300, 375 puis 840 cc3.

L'urée monte progressivement pour atteindre 4 gr. 80 le 15 avril, puis la courbe de l'urée redescend tandis que celle de la diurèse remonte.

Le 9 avril, soit 4 jours après l'entrée dans le service, une hystérectomie par voie abdominale a été pratiquée malgré l'état général précaire en raison des indications qui seront étudiées plus loin.

Pendant toute la durée de la maladie l'équilibre osmotique, l'état des électrolytes a été soigneusement suivi au jour le jour.

Sous l'influence de cette surveillance et de ce traitement, la guérison a été obtenue non sans que des complications l'aient maintes fois compromise :

— vomissements, diarrhée et amaigrissement le 15 avril et jours suivants. Hémorragie génitale alarmante le 20 avril, nécessitant des transfusions de sang frais.

Péritonite le 7 mai. Cachexie et syndrome neurologique (hémiplégie droite et signes cérébelleux). Hypokaliémie le 25 mai lors de la reprise de la diurèse avec altérations myocardiques.

Hypoacousie et surdité définitive, complications d'ordre thérapeutique dues à la Streptomycine chez une anurique.

En dehors de cette infirmité auditive, 3 mois 1/2 après la sortie de l'hôpital, la malade est complètement guérie et ses fonctions rénales sont normales.

OBSERVATION N° 2

L'évolution de la maladie de Mme A., IVe geste, de 23 ans, n'a pas respecté l'unité de lieu, ce qui lui a valu d'échapper à la fatalité des tragédies classiques.

Le premier acte s'est déroulé à Montluçon. A-t-il été précédé de tentatives criminelles ? C'est ce que l'interrogatoire ne détermine pas. De sorte que Mme A., dont les dernières règles remontent au 10 avril 1953 et qui prétend ne pas se savoir enceinte, paraît entrer d'emblée dans l'action au cours de la nuit du 18 au 19 juin : fièvre à 40°, frissons, appel d'un médecin qui prescrit de la Pénicilline. Le 19, à midi, hémorragie génitale importante et transport de la malade à l'hôpital. C'est là que l'un de mes assistants la voit : elle est agitée, et des pieds à la tête jaune comme un citron, sans cyanose. Température 38°,8, pouls 120, tension artérielle 10-6. Le foie et la rate sont normaux. Mais le toucher reconnaît l'utérus globuleux, gravide à l'évidence, animé de contractions. Par le col ouvert, le fœtus de deux mois environ et une partie du placenta sont aisément extraits. Le diagnostic est posé par la clinique. Le laboratoire

BIS · KA · MA

TRAITEMENT LOCAL, PRATIQUE ET RATIONNEL

des

MALADIES DE L'ESTOMAC, DE L'INTESTIN

et des

TOXI INFECTIONS GASTRO INTESTINALES

Voie Stomacale : en poudre.

Voie Intestinale : Suppositoire
Pansement recto colique (granulé pour lavement)

Laboratoires **S. I. T. S. A.,** 15, rue des Champs, Asnières (Seine)

Agents pour la Tunisie : **V. BISMUTH et Cie**, 4, Rue de Strasbourg, TUNIS

Produit remboursable par les Assurances Sociales
(Arrêté du 31 août 1949)

LABORATOIRES
CHIBRET

POMMADES
ANTIBIOTIQUES

CHIBRET

Clermont-Ferrand — PARIS

AUREOMYCINE	1 et 3 %
BACITRACINE CHIBRET	1.000 u/g
CHLORAMPHENICOL	1 %
OXY-TETRACYCLINE	1 %
PENICILLINE CHIBRET	1-5-10.000 u/g
STREPTOMYCINE (Dihydro)	1 %
TRI-ANTIBIOTIQUE	

Tubes Ophta et Dermato

R.R. W. PARIS

TUNISIE : Ets ZANA et COHEN-JONATHAN
14 bis, Rue Arago — TUNIS

n'a plus qu'à apporter sa confirmation : les urines, pauvres en quantité, sont épaisses et noires, contenant de l'hémoglobine et des hématies lysées. L'urée sanguine est à 0,78, l'anémie à 2.800.000, la leucocytose à 44.800. Le prélèvement cervical identifie le bacille que la clinique avait déjà connu. L'hémoculture restera négative, chez une femme déjà sous antibiotiques.

La mycothérapie est intensifiée, du sérum glucosé est injecté, un curettage léger extrait de gros débris placentaires. Le premier acte provincial se termine. Il a été celui du diagnostic. Une septicémie à perfringens fait peser sa menace sur la vie d'une jeune femme. Le 19, au soir, une ambulance la transporte au Centre Foch où elle arrive le 20 à 3 heures du matin.

Le second acte parisien va tout de suite commencer, celui de la thérapeutique. La malade est toujours jaune franc, sans cyanose ni dyspnée. Elle est agitée et conserve un assez bon état général. Par le sondage on ne recueille que 25 cc3 d'urines noires. L'urée sanguine est à 1 gr. 53, la température à 38°, le pouls à 110.

Aux premières heures du jour, une exsanguino-transfusion de 5,500 litres est pratiquée. La mycothérapie est portée à 4 millions d'unités de pénicilline et 0,50 gr. de streptomycine par jour. On ajoute la prise de vitamines B, C, K et l'injection de 40 mmgr. de testostérone. Régime alimentaire glucido-lipidique sans protides. Dans l'après-midi, la révision utérine ne ramène aucun reste ovulaire.

Sous l'influence du traitement, l'évolution est la suivante :

Au point de vue général, la température tombe dès le lendemain à 37°,3 et restera normale pendant 23 jours. Le pouls est à 90 et restera entre 80 et 100 pendant 21 jours. La tension artérielle est à 11-6 et restera normale. L'anémie et la leucocytose régressent (G. R. 3.410.000; G. B. 18.000).

L'ictère diminue fortement dès après l'exsanguino-transfusion.

L'anurie persiste pendant 9 jours (45 cc3 d'urines noires par 24 heures), puis la diurèse se rétablit peu à peu : 110, 175, 150, 210, 295 pour atteindre 960 cc3 le 19e jour (concentration 11,85).

L'azotémie augmente d'abord fortement de 0,35 par jour en moyenne pour atteindre son maximum le 19e jour : 5 gr. 30 d'urée par litre. Elle décroît ensuite pour atteindre 0 gr. 75 le 40e jour.

Voici maintenant quelles furent au cours de cette lente évolution, les complications, et à quelles difficultés s'est parfois heurté le traitement. Chaque jour était établi un contrôle strict du métabolisme de l'eau et des électrolytes et de l'hémogramme.

A partir du 11e jour, les vomissements qui survenaient auparavant une seule fois par jour, deviennent abondants et répétés pendant 10 jours. Non seulement ils gênent l'alimentation, mais l'état des voies digestives ne permet pas de mettre à demeure une sonde duodéno-jéjunale. A partir du

18e jour et pendant une semaine, on en est réduit à utiliser, pour l'alimentation, la voie intraveineuse : chaque jour, 1,500 litre de sérum glucosé hypertonique à 300 °/00 additionné d'un peu d'héparine. Tous les deux jours, l'anémie est traitée par une transfusion de 250 cc3 de sang frais. Mais le 26e jour, l'abus forcé de la voie veineuse est cause d'une importante phlébite inflammatoire superficielle du membre inférieur gauche, qui se traduit par un œdème rouge et douloureux, obligeant à une attitude antalgique en demi-flexion, une impossibilité de la mobilisation cependant que pouls et température remontent l'un à 160 l'autre à 40°. D'où reprise de la mycothérapie à dose forte (on l'avait réduite à un million d'unités), administration d'héparine quoique le test de tolérance soit normal, auxquels on ajoute des sulfamides (rubiazol) et de la tromexane. En 6 jours, cet accident local évolue progressivement vers la guérison.

Un accident d'un tout autre ordre est survenu le 21e jour. Jusqu'alors, on avait maintenu l'équilibre électrolytique à peu près à la normale. Mais ce jour-là, alors que la diurèse montait et que l'azotémie avait amorcé son déclin, l'ionogramme révèle une chute brutale à 105 mmgr. du taux du potassium jusqu'alors sensiblement normal. On fait alors boire à la malade du jus d'orange, on lui donne des sels de K. par les voies orale et veineuse. L'ionogramme est redevenu normal en 3 jours.

Malgré ces accidents et ces difficultés, la malade a guéri sans jamais nous donner les craintes de l'Observation N° 1. Le 26e jour, les protides sont introduits dans l'alimentation à raison de 20 gr. par jour. Puis peu à peu l'alimentation devient normale. Le 40e jour, la température est à 37°, le pouls à 80, l'urée sanguine à moins de 0,75. Le 4 août 1953, 47e jour de la maladie, la patiente reprend le chemin de Montluçon. Revue fin d'août, il ne persiste qu'une anémie (2.500.000) traitée par la vitamine B12 et la médication martiale.

L'urée est à 0 gr. 40, les épreuves fonctionnelles rénales sont normales, le membre inférieur gauche est guéri.

OBSERVATION N° 3

Mme M., âgée de 25 ans, entre d'urgence dans le service le 9 novembre 1953 envoyée par son médecin pour avortement provoqué de un mois : une sonde a été introduite dans l'utérus 3 semaines auparavant et laissée 3 jours en place.

Des douleurs pelviennes sont apparues accompagnées d'une petite hémorragie de courte durée. Deux jours avant l'hospitalisation, le médecin n'avait rien trouvé d'anormal à l'examen : il n'y avait pas de fièvre, l'état général était bon.

Mais le 9 apparaissent brusquement des signes tout de suite graves. La température s'élève à 40°, avec des frissons, des vomissements alimentaires, des vertiges, des malaises.

On ne juge pas utile de pratiquer l'hémoculture, la malade ayant déjà reçu en ville de fortes doses d'antibiotiques.

Il s'agit en somme d'une septicémie à perfringens **à son début,** avant la phase des signes graves que constituent l'ictère et la cyanose. Mais les antécédents d'avortement provoqué, la brutalité et l'importance de la fièvre, l'hémoglobinémie, surtout l'anurie et l'azotémie rapidement croissantes ne laissent pas de place au doute. On institue donc tout de suite, après avoir demandé à M. CROSNIER, le traitement suivant :

— un million d'unités de pénicilline et un gramme de streptomycine, dose journalière;

— un curettage prudent ramenant de nombreux débris placentaires;

— 3 heures plus tard, exsanguino-transfusion de 5 litres, sans incident.

Dès le 1er jour de l'anurie, régime hyperglucidique et lipidique. La malade reçoit quotidiennement 1.800 à 2.000 calories sous forme de sucre, miel, confitures, tapioca. La quantité d'eau absorbée varie entre 750 et 1.250 cc3 par jour jusqu'au 7e jour. On n'envisage pas la mise en place d'une sonde duodéno-jéjunale puisque la malade arrive à s'alimenter d'elle-même.

L'urée sanguine s'élève progressivement pour atteindre 2 gr. 20 le 8e jour, alors que la diurèse plus abondante dès le 6e jour, est déjà de 1.250 cc3 avec une concentration uréique à 8 volumes.

L'équilibre hydroélectrolytique est peu perturbé dans l'ensemble. La malade perd 250 gr. de poids par jour.

A partir du 8e jour, l'état général s'améliore rapidement, la diurèse atteint 2 litres, l'urée sanguine s'abaisse : elle est de 1 gr. le 13e jour, de 0 gr. 40 le 21e jour.

Au régime glucido-lipidique on adjoint 20 gr. de protides par jour, la quantité d'eau absorbée est de 3 litres.

Guérison le 23e jour avec bon état général. Les épreuves fonctionnelles montrent que le fonctionnement rénal est normal.

*
* *

Ces trois observations se sont terminées toutes les trois par la guérison. Mais pour les deux premières, ce fut au prix d'une longue lutte quotidienne, appuyée sur un contrôle rigoureux de l'équilibre hydro-électrolytique. Les problèmes évolutifs n'ont pas été les mêmes, les écueils ont été divers. Aussi dans l'étude qui va suivre du traitement de la septicémie à perfringens, aura-t-on à se reporter parfois à l'étude comparative de ces trois observations.

*
* *

La conduite du traitement de la septicémie à perfringens entre dans le cadre de celui que nous avons étudié dans un travail antérieur sur les anuries gravidiques. (1)

Elle comprend :

— un traitement étiologique, celui de l'infection et de sa conséquence immédiate, l'hémolyse;

— un traitement d'attente pendant le temps de suspension des fonctions rénales.

I. TRAITEMENT ETIOLOGIQUE

Nous ne reprendrons pas tous les développements de notre précédent travail, mais nous insisterons sur les éléments essentiels et difficiles du traitement qui ont pu donner lieu à controverse, sur l'indication et la technique desquels nous pensons apporter quelque clarté. On a à lutter contre l'infection générale et locale, l'hémolyse, l'anurie, les complications éventuelles.

1° L'INFECTION GENERALE

Aucune difficulté particulière sur ce point. L'administration immédiate à hautes doses de pénicilline est la thérapeutique antibiotique spécifique, efficace et habituellement suffisante. Son indication repose avant tout sur les signes cliniques. Aussi a-t-elle toujours été utilisée par le médecin avant les signes d'ictère et de cyanose, de sorte que l'hémoculture demandée après mycothérapie reste négative. On ne peut donc compter sur ce moyen pour faire le diagnostic (Observations N°s 1, 2 et 3). La réponse en serait d'ailleurs trop tardive.

La streptomycine sera souvent l'antibiotique d'association. Mais il faut connaître le danger de sequelles auditives que fait courir chez les anuriques ce médicament trop longtemps prolongé, la concentration sanguine se trouvant considérable en l'absence de diurèse. (Obs. N° 1).

En somme, la pénicilline à hautes doses est l'antibiotique de choix. La précocité de son administration est essentielle, puisquelle combat le fait actif et primaire de la maladie : l'infection à perfringens. La malade de l'Obs. N° 1, de beaucoup la plus gravement atteinte, est la seule qui n'était pas apyrétique au bout de 48 heures.

2° L'HEMOLYSE

La thérapeutique consiste à soustraire de l'organisme le plasma chargé d'hémoglobine, et à lutter contre l'anoxie tissulaire due à l'hémolyse et à l'anémie. Seule l'exsanguino-transfusion permet l'élimination des

(1) R. MERGER : Rapport sur les anuries gravidiques à la Société Royale Belge de Gynécologie, 1953.

Nouvelle présentation :
MYCODÉCYL SOLUTION
(acide undécylénique à 10 % dans une base pénétrante)
Nouvelle indication :
PITYRIASIS VERSICOLOR

MYCODÉCYL

POUDRE - POMMADE - SOLUTION

★

Mycoses des pieds
et des espaces interdigitaux
Mycoses des plis
Pityriasis versicolor
Prurit anal
d'origine mycosique

THERAPLIX

98, RUE DE SÈVRES, PARIS (VIIe)

AGENCES THERAPLIX POUR L'AFRIQUE DU NORD
ALGER : 100, Rue Michelet
CASABLANCA : 246, Boulevard de la Gare
TUNIS : 56, Avenue Jean-Jaurès

produits d'hémolyse et la réparation rapide des globules rouges. Mais elle doit être aussi précoce que possible, c'est là la clé du pronostic. Il n'est pas nécessaire d'attendre l'hémolyse visible chez une anurique. Sa mise en œuvre, dans l'Obs. N° 3, sur la seule hémolyse microscopique et sur la montée de l'azotémie explique la rapidité exceptionnelle de la guérison. Plus les déchets toxiques seront vite éliminés, moins l'atteinte rénale sera profonde. En somme précoce signifie : dès que le diagnostic est fait, à quelque heure du jour ou de la nuit où la malade est examinée. Aussi ne doit-on pas attendre au lendemain d'avoir réuni la quantité suffisante (6 litres) de sang isogroupe et l'appareillage nécessaire à l'intervention. La malade doit être transportée dans un service capable d'exécuter cette opération d'urgence. Dans l'Obs. N° 2, la malade, vue à Montluçon, a été immédiatement transportée en ambulance au Centre Foch de Suresnes. Si l'hymolyse persiste, une deuxième exsanguino-transfusion peut être indiquée 24 heures après la première. (Obs. 1).

L'exsanguino-transfusion est donc exclusivement le moyen de traiter l'hémolyse et l'anémie. Elle ne doit pas être considérée comme une méthode d'épuration uréique extrarénale, d'où sa place au début de la maladie et non pas plus tard.

3° L'INFECTION LOCALE

La conduite à tenir à l'égard de l'utérus a été fort discutée. Certains ont cru devoir prendre des positions dogmatiques d'abstention ou d'intervention qui nous paraissent l'une et l'autre critiquables. Le traitement local a ses indications, dont l'important est de dégager les éléments.

La première règle que nous nous imposons, c'est de pratiquer toujours, à l'arrivée de la malade, si son état général le permet, même si une intervention antérieure a déjà été faite, une révision utérine instrumentale ou manuelle selon les cas, prudente mais complète. Parfois, si l'état général est mauvais, on commence par l'exsanguino-transfusion (Obs. 1). Tout foyer infectieux utérin exagère le catabolisme azoté et partant la montée de l'azotémie. Il empêche l'évolution ultérieure de l'anurie vers la guérison.

Notre deuxième règle est que, chez ces malades habituellement jeunes, on doit essayer de conserver l'utérus. De fait, la simple révision utérine est souvent suffisante, ce fut le cas de nos Observations 2 et 3.

Notre troisième conception est que, dans une affection qui coûte si souvent la vie à la malade, la thérapeutique conservatrice risque parfois de faire manquer l'occasion de la guérison. Mais on écarte toute précipitation dans l'acte chirurgical. Sauf sans doute si l'utérus était perforé ou frappé d'infarctus, l'hystérectomie est toujours retardée, soit de 4 à 5 jours après la révision utérine. Les auteurs qui ont le mieux étudié cette question (HAMBURGER, MILLIEZ) ont constaté de façon constante chez les femmes décédées l'existence de lésions utérines infectieuses, parfois

sans rétention choriale. Or ce foyer infectieux gêne la reprise des fonctions rénales.

Voici donc les signes sur lesquels repose l'indication de cette hystérectomie retardée :

— température se maintenant à 38° et au-dessus après mise en œuvre du traitement. Après 48 heures, la température de la septicémie à perfringens doit être au-dessous de 37°,5;

— utérus qui reste gros, mou, douloureux et laisse s'écouler des lochies purulentes;

— leucocytose avec polynucléose.

Nous avons dû recourir à l'hystérectomie dans notre Obs. N° 1, après l'accord de M. Milliez. La haute gravité de la maladie et l'évolution ultérieure nous ont persuadés que ce sacrifice a été, dans le cas particulier, une des conditions de la guérison. Dans les deux autres observations, l'hystérectomie n'a pas été nécessaire.

Bien entendu, chez ces malades fragiles, l'acte chirurgical, l'anesthésie et la réanimation posent des problèmes particuliers que nous avons déjà étudiés ailleurs (1). Leur solution ne laisse pas de place à la contre-indication opératoire.

II. TRAITEMENT D'ATTENTE, PENDANT LE TEMPS DE SUSPENSION DES FONCTIONS RENALES

1° L'ANURIE

Rappelons d'abord les notions fondamentales de **la physiologie du rein :**

Le rein est constitué par plusieurs centaines de milliers de néphrons qui représentent l'unité anatomique et fonctionnelle de l'organe.

Chacun de ces néphrons comprend :

— un **glomérule** auquel font suite les divers segments du **tube urinifère** : segment proximal ou tube contourné, anse de Henlé, enfin segment distal qui finit par s'aboucher par la pièce intermédiaire dans le tube collecteur où se déverse également l'urine venue des néphrons du voisinage;

— la vascularisation en est particulière, chaque glomérule est formé par un paquet de vaisseaux capillaires, représentant un système porte-artériel qui fournit ensuite l'irrigation sanguine du tube.

Le glomérule fonctionne à la façon d'un ultra-filtre sous l'influence de la pression sanguine. L'ultra-filtrat de plasma sanguin ainsi formé est modifié au cours de son acheminement dans le tube urinifère par la réabsorption d'une grande partie de l'eau et des substances dissoutes. Enfin la traversée tubulaire est complétée par l'excrétion tubulaire de certaines substances.

L'anurie, maître symptôme des néphropathies aiguës des septicémies à perfringens, a suscité de nombreux travaux. L'interprétation qu'on en a fournie peut schématiquement être réduite à deux théories.

Pour les uns, le fait essentiel est l'obstruction tubulaire par l'hémoglobine précipitée sous forme de méthémoglobine, qui créé un obstacle mécanique à l'écoulement de l'urine.

Pour d'autres, la lésion tubulaire est essentielle. Le glomérule continue de fonctionner, mais la membrane tubulaire devenue inerte est le siège de la réabsorption **totale** du flux glomérulaire.

Toutefois, d'après les derniers travaux de l'école de MM. Pasteur-Valéry-Radot et Hamburger, on reviendrait à une considération initiale du glomérule.

Quoi qu'il en soit, l'insuffisance rénale aiguë consécutive à l'infection par le perfringens a pour conséquence de perturber les fonctions rénales : excrétion des produits azotés et autres produits toxiques, maintien de l'équilibre osmotique, mantien de l'équilibre acido-basique.

Or le traitement de l'anurie ne peut être efficace que s'il est minutieux, prolongé, attentif aux variations quotidiennes de la rétention toxique et de l'équilibre osmotique.

a) **Le catabolisme azoté** s'exprime par la courbe de l'azotémie. La courbe de l'urée sanguine a une silhouette particulière, retrouvée dans toutes les observations. Elle a d'abord une ascension rapide pendant les 2 à 5 premiers jours. Puis l'ascension est lente pendant les jours suivants, sous l'influence du traitement qui réduit la formation endogène d'urée. Le but thérapeutique est de maintenir le taux de l'urée au-dessous d'un taux critique. Il semble, en effet, que l'urée ne soit toxique que lorsqu'elle atteint un taux considérable. Le taux de l'urée a atteint : 2 gr. 20 dans l'Observation N° 3, 4 gr. 80 dans l'Observation N° 1, 5 gr. 20 dans l'Observation N° 2.

Notre meilleure arme pour freiner le catabolisme azoté est **le régime hypercalorique.**

Borst, le premier (1938), montre que le régime des anuriques ne devait pas seulement comporter une annulation protidique, mais aussi un fort apport glucidique qui permet de couvrir les besoins du métabolisme basal. Un sujet normal à jeûn élimine 12 à 20 gr. d'urée par jour. En lui fournissant 2.000 calories sous forme de glucides. l'élimination tombe entre 2 et 4 gr. Les lipides n'ont pas d'influence notable.

Aussi le régime doit-il être aprotidique, hypercalorique (1.800 à 2.000 calories par jour) à base de glucides et accessoirement de lipides. Borst, dans cet esprit, a institué le régime suivant : 200 gr. de glucides et 150 gr. de lipides sous forme de boulettes glacées de beurre et de sucre. Mais les malades, Françaises tout au moins, ne peuvent accepter cet aliment.

Aussi utilisons-nous le régime plus varié indiqué par HAMBURGER et CROSNIER :

pain hypo-azoté	50 gr.
beurre	60 gr.
miel	100 gr.
compote	200 gr.
confiture	100 gr.
sucre	150 gr.

auquel nous ajoutons du tapioca (soit en tout 2.000 calories).

Ces mêmes auteurs ont fait préparer un lait déprotéiné enrichi en valeur calorique, semi-liquide, pouvant être aromatisé par les jus de fruits (nom commercial : Sophargal).

Ce régime, bien supporté au début, amène cependant assez vite de l'intolérance et l'anorexie.

Lorsque l'alimentation devient difficile, on met en place une sonde duodéno-jéjunale par laquelle on introduit les glucides et les lipides (400 à 450 gr. de glucose dissous dans la quantité d'eau journalière — 50 à 100 gr. d'huile). Ce premier progrès dans le mode d'alimentation permet en outre d'associer les méthodes de perfusion intestinale.

Mais l'alimentation par sonde n'est pas sans inconvénient : difficulté technique de la mise en place sous contrôle radioscopique, irritation des voies digestives supérieures, apparition, après administration de solution concentrée de glucose, d'une diarrhée réactionnelle abondante difficile à contrôler

Aussi a-t-on pensé à utiliser la voie intraveineuse : 1 l. 500 de sérum glucosé à 300 $^{0}/_{00}$ par jour en perfusion. Mais cette pratique entraîne rapidement une thrombose veineuse locale, même si l'on a soin d'adjoindre une petite dose d'héparine. Elle est souvent incompatible avec la faible quantité de liquide qui doit être donnée à ces malades.

Il n'y a donc pas une mais plusieurs méthodes d'alimentation, ayant toutes leur inconvénient, mais dont on peut jouer suivant les tolérances individuelles. Ainsi dans l'Obs. N° 1 on s'est servi dès le début d'une sonde duodéno-jéjunale. Dans l'Obs. N° 2, c'est la voie intraveineuse qui a été seule possible. Dans l'Obs N° 3, la voie orale exclusive a été employée.

Les résultats sont satisfaisants, le taux de l'urée ne s'élève que lentement, limité à la dépense protidique endogène minima.

b) **L'équilibre hydro-électrolytique** doit être soumis, de la façon la plus stricte, au contrôle journalier du laboratoire, qui révèle les perturbations humorales. Les syndromes de dystonie osmotique sont, en effet, responsables de bien des troubles attribués naguère à la seule rétention azotée, et retardent la reprise de la diurèse chez les anuriques. Le traitement doit donc chercher à maintenir un équilibre humoral normal. Sans doute des signes cliniques indiquent-ils souvent le sens du déséquilibre. L'hypertonie osmotique extra-cellulaire se traduit par une soif très vive,

PULMOVACCIN

Toutes les affections microbiennes du Poumon

Complexe d'Essences Balsamiques pures

TUBEROL

Voies respiratoires, Coqueluche, Broncho-Pneumonie

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

CANTÉÏNE

PASSIFLORE
(Sédative) 0,50

ELIXIR — DRAGEES — SUPPOSITOIRES

HAMAMELIS VIRGINICA
(Décongestive et régulatrice du système vasculaire)
XXX gouttes

CRATŒGUS OXYACANTHA
(Toni-Cardiaque)
XXV gouttes

SALIX ALBA
(Fébrifuge)
0,25

MENTHE
(Stimulant)
X gouttes

Triade : Sédative, Régulatrice, Décongestive, Hyperactivée

Indication : Eréthisme cardiaque
Neurasthénie, Névroses, Menopause, Insomnie Cardiotonique Hypotensive

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

---

BALSEPTOL

Plaies, Brûlures
Affections gynécologiques

DISURYL

Pyélonéphrites
Cystites, Bacilluries

Pour ADULTES et FILLETTES

VACCINOVULES

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

---

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

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

la sécheresse de la langue et des muqueuses, des malaises, de la torpeur, de l'irrégularité respiratoire, des poussées fébriles. L'hypotonie osmotique extra-cellulaire se traduit par des vomissements, des nausées, de la céphalée, de l'asthénie.

Le bilan clinique se fonde donc sur :

— l'aspect de la malade, de sa langue, de ses muqueuses;
— le poids, une anurique perdant en moyenne 100 à 200 gr. par jour;
— le pouls, la tension artérielle, la respiration;
— la température;
— les vomissements et la diarrhée;
— la diurèse.

Le bilan biologique se fonde sur :

l'examen quotidien de :

— urée sanguine;
— Δ, ou mesure du point cryoscopique;
— résistivité électrique du plasma;
— hématocrite;
— bilan des ingesta et excreta.

tous les deux jours :

— dosage du Cl;
— dosage du Na;
— dosage du K;
— numération et formule sanguine;
— réserve alcaline.

tous les six jours :

— ionogramme complet.

La codification de ces examens est le fruit des remarquables travaux des auteurs français qui ont mis au point ces problèmes : Pasteur-Valéry-Radot, Dérot, Hamburger, Crosnier, Mathe et leurs collaborateurs.

Le maintien d'un bon équilibre humoral peut alors être établi sur des bases solides. Il est assuré par l'apport d'eau et d'électrolytes (Na Cl, bicarbonates, éventuellement sels de K), variable suivant les examens ci-dessus indiqués. Ainsi la ration d'eau journalière peut aller de la suppression complète à 1 ou 2 litres. Elle se situe en moyenne autour de 750 cl.

c) **Les troubles de l'équilibre acido-basique** n'ont jamais été notables, même dans la plus grave de nos observations. Notons que chez les anuriques, seule la mesure du Ph donne des indications valables; la R. A. n'apporte que des renseignements infidèles, le système circulatoire étant défaillant et les troubles respiratoires accentués.

2° LES COMPLICATIONS

Les principales portent sur le métabolisme du potassium (obs. 2), les perturbations hématologiques (obs. 1), l'infection urinaire ou autre (obs. 1 et 2). Elles sont fréquentes quoique l'obs. 3 en soit exempte.

a) **Métabolisme du potassium**. — Aucune de nos malades n'a eu d'accidents d'hyperkaliémie. Pourtant, le taux du K doit être recherché par les dosages chimiques et les tracés électro-cardiographiques. Sa courbe a bien été étudiée par DÉROT. Cet auteur a montré que la kaliémie était normale au cours de la première semaine de l'anurie, puis pouvait ensuite s'élever pour atteindre des taux alarmants. L'élévation au-dessus de 250 mmgr. par litre comporte un mauvais pronostic. Le syndrome d'hyperkaliémie se caractérise cliniquement par des signes neuro-musculaires peu explicites chez une anurique : faiblesse musculaire générale, bradycardie et tendance au collapsus; par des données électro-cardiographiques au contraire très nettes : troubles de la repolarisation, surélévation de l'onde T, à un degré de plus, troubles de la conduction interventriculaire et de la conduction auriculo-ventriculaire (allongement PR). Le meilleur traitement est préventif : régime glucidique-hypercalorique qui freine le catabolisme azoté et partant la libération du K. C'est à lui que nous devons de n'avoir jamais eu d'hyperkaliémie.

Le traitement curatif s'adresse aux procédés d'épuration extra-rénale (dialyse péritonéale pour DÉROT, perfusion intestinale pour HAMBURGER) dont l'effet est de soustraire d'importantes quantités de K à l'organisme.

Emploi des méthodes d'épuration extra-rénale. — Les méthodes d'épuration extra-rénale, destinées à se substituer momentanément aux fonctions rénales insuffisantes ont fait de très grands progrès depuis quelques années.

On mettra à part le rein artificiel, méthode d'avenir, dont l'emploi se heurte actuellement à des difficultés matérielles.

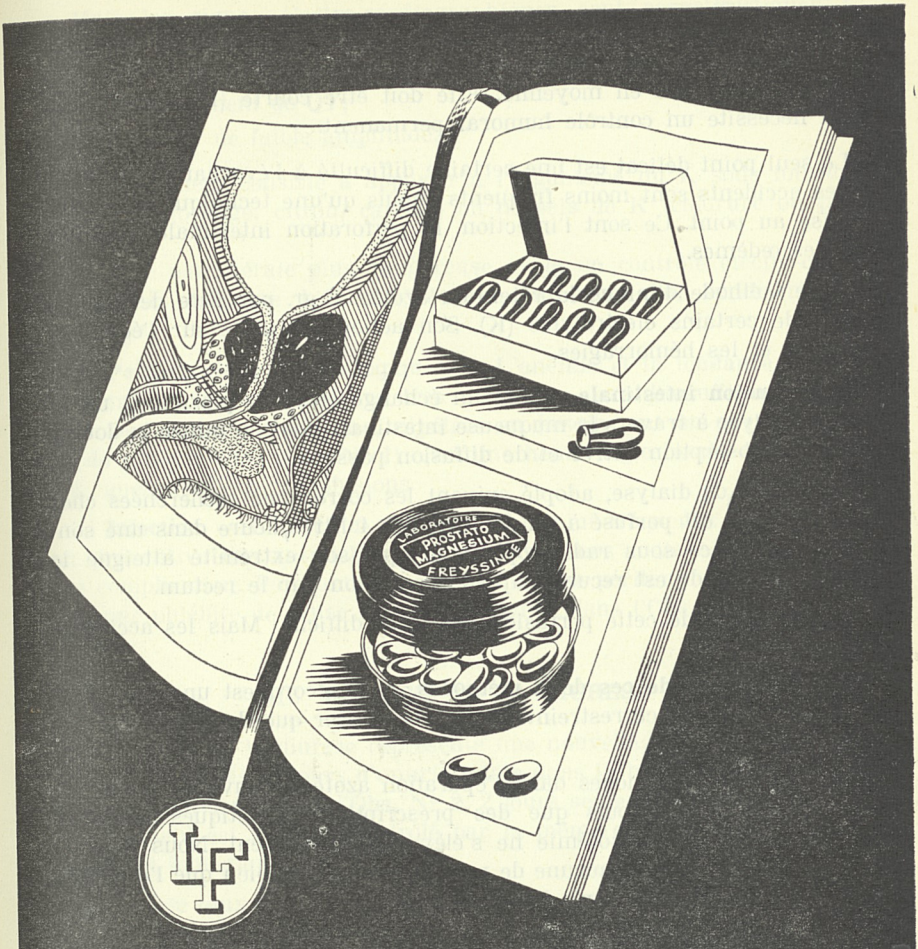
L'exsanguino-transfusion joue un rôle irremplaçable dans l'épuration des déchets hémolytiques, mais elle a un faible pouvoir d'épuration azotée, elle est incapable de corriger les troubles hydro-électrolytiques. On ne peut donc l'employer comme méthode d'épuration extra-rénale lorsque l'anurie est confirmée.

Deux méthodes sont actuellement proposées :

— la dialyse péritonéale;

— la perfusion intestinale.

La dialyse péritonéale fait dialyser le sang contre une solution cristalline synthétique, en se servant du péritoine comme membrane semi-perméable. Le liquide de lavage est introduit dans la cavité abdominale



PROSTATO-MAGNÉSIUM

NOUVEAU TRAITEMENT DU PROSTATISME

DOCUMENTATION ET ÉCHANTILLONS
LABORATOIRE FREYSSINGE . 6, RUE ABEL . PARIS

par un trocart placé dans la fosse iliaque gauche et recueilli à sa sortie par un trocart placé dans la fosse iliaque droite. Le débit de la perfusion est de 2 litres/heure en moyenne. Elle doit être courte (12 heures), son emploi nécessite un contrôle humoral permanent.

Le seul point délicat est une certaine difficulté à l'évacuation du liquide. Les accidents sont moins fréquents depuis qu'une technique plus sûre est mise au point. Ce sont l'infection, la perforation intestinale, l'hémorragie, les œdèmes.

Cette méthode diminue la rétention azotée (2 gr. par litre de liquide) et celle de certains électrolytes (K). Son action est nulle sur l'équilibre globulaire et les hémorragies.

La perfusion intestinale réalise un échange entre le plasma et un liquide de dialyse à travers la muqueuse intestinale dont on utilise la double propriété d'absorption active et de diffusion passive.

Le liquide de dialyse, adopté suivant les corrections recherchées chez chaque malade, est perfusé à un débit de 3 à 4 litres/heure dans une sonde, mise en place sous radioscopie pour que son extrémité atteigne le jéjunum. Ce liquide est recueilli après évacuation par le rectum.

L'installation de cette perfusion peut être difficile. Mais les accidents sont rares.

Les indications de ces deux méthodes. — L'accord est unanime pour leur réserver une place restreinte et ne les utiliser que dans des cas très précis.

Le rôle de ces méthodes dans l'épuration azotée, trouve de moins en moins d'indications depuis que des prescriptions diététiques correctes sont utilisées et que l'azotémie ne s'élève que lentement. Nous n'avons eu à nous en servir dans aucune de nos 3 observations bien que l'azotémie ait atteint 5 gr. 20 dans l'une d'elles.

La correction des déséquilibres hydriques nécessite parfois l'emploi de ces méthodes : c'est le cas de malades envoyées tardivement à l'hôpital, après avoir reçu une quantité importante de liquide dans le but de les réhydrater. Elles arrivent avec une hyper-hydratation telle que seule une dialyse peut la corriger.

Mais c'est surtout dans la correction des déséquilibres électrolytiques que les dialyses trouvent leur indication; non pas lorsqu'il y a déficit d'un des principaux électrolytes, que l'on peut compenser aisément, mais lorsqu'il y a excès de ceux-ci. En particulier l'hyperkaliémie dont l'évolution est redoutable, relève d'une méthode d'épuration extra-rénale.

Le syndrome d'hypokaliémie (moins de 160 mmgr. de K par litre) s'observe surtout lors de la reprise de la diurèse. Il peut survenir à la période d'anurie confirmée lorsqu'existent des vomissements ou une diarrhée abondants. Les signes cliniques sont là encore peu explicites : asthénie, constipation, hypotension.

Mais les signes électro-cardiographiques sont caractéristiques :

— sous dénivélation de ST;
— allongement de QT;
— onde T de faible amplitude.

Le traitement consiste à apporter à l'organisme du K sous forme de jus de fruit (orange, citron, carotte) ou de sels de K (chlorure ou phosphate).

La voie parentérale plus dangereuse exige un contrôle électro-cardiographique et chimique. L'Obs. N° 2 s'est compliquée d'un syndrome d'hypokaliémie.

b) **Perturbations hématologiques**. — L'anémie et la tendance hypoplasique médullaire sont toujours très marquées dans l'insuffisance rénale aiguë. Des perfusions de sang, répétées au besoin, ont un effet préventif. Une de nos malades (Obs. N° 1) a eu une hémorragie locale assez importante, guérie par les transfusions.

c) **Infection.** — L'infection urinaire est la plus fréquente. Pourtant l'action préventive des antibiotiques a permis à nos malades d'échapper à cette complication. Par contre on a observé une péritonite chez la malade N° 1, une phlébite de cause locale, il est vrai, dans l'Obs. N° 2.

III. REPRISE DE LA DIURESE

La reprise de la diurèse représente une nouvelle période critique. Elle est survenue après 13 jours d'anurie **totale** dans l'Obs. N° 1, 9 jours d'anurie (45 cc3 par jour) dans l'Obs. N° 2, 2 jours seulement dans l'Obs. N° 3. Le traitement est toujours contrôlé par la même et attentive surveillance clinique et biologique.

Quand le taux de l'azotémie a amorcé sa régression depuis 2 à 3 jours, on adjoint au régime glucido-lipidique, 20 gr. de protides par jour.

Les quantités d'eau et d'électrolytes à administrer peuvent être alors très importantes. C'est à cette période que le taux du potassium peut baisser (Obs. N° 2) et que survient électivement **l'infection urinaire** fréquente chez les anuriques.

IV. L'AVENIR

L'avenir de ces malades est bon. Si l'on excepte la surdité de notre première malade, complication évitable avec notre expérience actuelle, nos trois malades ont guéri complètement. Non seulement le pronostic naguère fatal de cette infection doit être envisagé de façon plus optimiste, mais il faut insister sur la récupération intégrale de la fonction rénale. Le rein, antérieurement sain, reprend toute sa qualité, lorsqu'on a pu mener à bien le traitement d'attente toujours semé d'obstacles.



TUNISIE : Ets ZANA et COHEN-JONATHAN
14 bis, Rue Arago — TUNIS

Les accidents consécutifs aux pexies utérines

Traitement chirurgical de la rétroversion utérine

—o—

Résultats éloignés de l'oblitération du Douglas

par R. MERGER

—o—

(Conférence faite en avril 1954)

—o—

I. — EXPOSÉ DU PROBLEME

Depuis la naissance de la chirurgie gynécologique, chaque année un opérateur apporte une technique nouvelle de pexie destinée à redresser la rétroversion utérine. En aucun autre domaine l'ingéniosité des chirurgiens ne s'est à ce point multipliée. Et l'on ne sait ce qu'il faut le plus admirer, de cette fécondité technique ou de la complaisance de l'utérus à se prêter à de si divers maniements.

Je n'ignore donc pas à quel accueil narquois je m'expose en venant à mon tour critiquer mes devanciers et exposer le moyen qui me paraît le meilleur de maintenir l'utérus en bonne place. On voudra donc bien tenir compte des trois considérations suivantes :

— une étude complète des accidents consécutifs aux pexies sera faite, de ceux qui sont déjà classiques et de ceux qui, plus ou moins inconsciemment, sont laissés dans l'ombre;

— la cure qui vous sera proposée ne sera pas, comme à l'habitude, une simple modification de détail technique, mais une opération dont le principe est de ne toucher ni à l'utérus ni à ses ligaments. Elle s'oppose ainsi à toutes les méthodes antérieures, qui toutes sont des pexies;

— une statistique de 55 cas s'étayant sur les huit dernières années permettra d'apporter des résultats à la fois valables et éloignés.

La démonstration qui va suivre se déroulerait moins bien si l'on ne rappelait d'abord une vérité dont l'oubli habituel nous paraît d'autant plus incompréhensible qu'elle est évidente : **l'utérus est un organe qui a besoin de liberté.**

Il n'est que de pratiquer un toucher pour le savoir, que de faire une laparotomie pour le voir. L'utérus le plus normal change de place : son

antéversion se redresse quand la vessie se remplie, il est repoussé en avant par la réplétion du rectum, il est surélevé par la plénitude simultanée des deux réservoirs. Que dire alors de l'utérus gravide ! L'augmentation de son volume est énorme, et l'ampleur de ses modifications topographiques est unique en physiologie. Une finalité explique donc la mobilité de l'organe, et ce besoin de liberté explique à son tour la disposition anatomique de ses moyens de contention. Aussi l'utérus est-il soutenu, et bien soutenu, mais dans sa partie basse seulement : lames sacro-génito-pubiennes antéro-postérieures, englobant les faces latérales du col, gaine hypogastrique latéralement qui n'est autre que la lame porte-vaisseaux incluse dans les paramètres, vagin en bas dont les faces latérales sont croisées par les bords internes des releveurs, le périnée profond constituant en fin de compte le soutènement essentiel de l'utérus.

Par contre l'utérus est mal suspendu. Les feuillets du ligament large ne comptent pas; ils suivent sans s'y opposer les déplacements de l'organe. Mais restent les fameux ligaments ronds, ces longs, lâches et infidèles bras qui amarrent mollement les cornes utérines aux canaux inguinaux. L'étonnant, c'est que tant d'auteurs se soient acharnés à faire de ces bras de direction des moyens de fixité. Cette conception s'exprime dans la phrase de J. L. Faure, que si les ligaments ronds n'existaient pas, on les inventerait, mais que, puisqu'ils sont là, il est si facile de s'en servir ! Pour nous, au contraire, le ligament rond est la tentation dont il faut se garder.

Mais les opérateurs ont succombé à la tentation. On a épuisé tous les moyens de fixation utérine, décrits dans tous les traités de technique. On ne les rappellera que très brièvement. Auparavant, on remarquera que les indications opératoires dans la rétroversion utérine doivent être soigneusement étudiées.

Dans les rétroversions fixées, le processus inflammatoire domine et le trouble statique n'est que secondaire. L'opération s'adresse surtout au premier. Si l'intervention doit être terminée par une reposition utérine, le péritoine peut être atteint de lésions qui interdisent son oblitération. Dans ce cas, force est bien de recourir à la pexie, dont la meilleure reste, croyons-nous, le Pellanda.

Dans les rétroflexions avec hypotrophie utérine et dysménorrhée, le trouble endocrino-trophique est l'essentiel, l'acte opératoire ne le changera pas. Reste la vraie rétroversion, mobile, réductible, avec un corps utérin souvent gros, congestif, œdémateux. Encore faut-il qu'il s'agisse bien d'une rétroversion et non d'une position intermédiaire de l'utérus. Elle ne sera alors opérée que si elle entraîne l'un ou plusieurs des trois troubles suivants : douleurs, dyspareunie, stérilité. Ainsi dans un service actif comme celui du Centre Foch, on n'apère qu'une dizaine de rétroversions par an.

II. — LES DIVERS PROCEDES DE PEXIE

A) **L'utérus est fixe par lui-même — Hystéropexie directe :**

Si l'hystéropexie corporéale n'est plus qu'une opération d'exception réservée à la femme âgée, l'hystéropexie isthmique a encore de nombreux défenseurs, justement parmi ceux qui condamnent les pexies ligamentaires comme étant des « techniques déplorables » (GUELLETTE, 1948).

B) **L'utérus est fixe par le péritoine pelvien — Hystéropexie pelvique — Opération de Pestalozza :**

Le cul-de-sac vésico-utérin est incisé et le feuillet vésical est attaché au fond de l'utérus.

C) **L'utérus est fixe par ses ligaments ronds — Hystéropexies ligamentaires :**

1° Certains procédés (WYLIE - DUDLEY) se contentent de la plicature des ligaments ronds pour les raccourcir. MOCQUOT raccourcit chaque ligament en le sectionnant et en adossant chaque fragment l'un à l'autre en canon de fusil.

2° D'autres font une ligamentopexie rétro-utérine et sous tubo-ovarienne (BALDY - DARTIGUES - ALFIERI) en fixant les anses ligamentaires repliées en canon de fusil à la face postérieure de l'utérus.

3° Les plus nombreux raccourcissent les ligaments en les fixant en un point variable de la paroi abdominale antérieure (ligamentopexie pariétale) :

a) ALQUIÉ - ALEXANDER opéraient par voie inguinale;

b) DOLERIS a laissé son nom au procédé qui reste encore aujourd'hui le plus classique. L'anse ligamentaire de chaque côté est fixée à l'aponénose des droits en avant d'elle, après transfixion du péritoine pariétal, du droit et de l'aponénose, non loin de la ligne médiane. La technique de DOLERIS, chirurgien si soucieux de respecter la physiologie, a été aggravée par ses épigones qui ont proposé de saisir l'anse trop près ou au contraire trop loin de la corne, de fixer l'anse assez haut pour réaliser « un certain degré de suspension » (BASSET). On a voulu fixer les deux anses entre elles, même les croiser pour assurer l'adhérence de l'utérus à la paroi. On a été jusqu'à proposer l'inclusion de l'utérus dans la paroi;

c) L'opération de PELLANDA, dérivée de celle de DOLERIS, en diffère par le lieu de fixation. La transfixion se fait en dehors des droits; elle n'intéresse que le péritoine, chaque anse ligamentaire est fixée sur une longueur variable, à la face profonde de l'aponévrose.

III. — LES ACCIDENTS CONSECUTIFS AUX PEXIES UTERINES

Certes les accidents ne sont pas constants après les pexies utérines. Toutes les techniques ont guéri maintes femmes de la façon la plus complète. Ces succès expliquent la fidélité de certains à telle ou telle modalité qu'ils estiment éprouvée. Les accidents ne sont pas tous graves et pourtant ils sont fréquents. On en trouve la preuve dans la multiplicité même des procédés, et dans les critiques qui opposent les partisans des diverses opérations. Aussi prendrons-nous comme base d'étude non pas les procédés eux-mêmes, mais les accidents observés.

1° La récidive :

Un chirurgien distingué, M. Guelette, a avancé que c'était une erreur de demander à des formations étirables de fixer un organe pesant, surtout lorsque ces formations sont de mauvaise qualité, comme c'est justement le cas dans les rétroversions. Il sous-entendait ainsi, que le poids de l'utérus entraînerait à nouveau l'organe en rétroversion.

La réalité ne donne pas raison à cette supposition. Ou plutôt, on doit distinguer selon les procédés. Les récidives en effet existent, mais elles sont rares. La qualité du ligament rond n'est pas partout la même : plat et fragile en dehors, il est rond et résistant en dedans. Les récidives sont donc surtout le fait des fixations externes, telles que les réalisaient les procédés désuets de plicature ou d'Alquié - Alexander. Elles sont aussi le fait des pexies rétro-utérines lorsque le point d'appui a été réalisé trop bas, trop près de l'isthme : le fond utérin bascule au-dessus de l'anse ligamentaire. Mais dans les procédés de fixation pariétale, Doleris ou Pellanda, la récidive est exceptionnelle. Bien au contraire, le ligament fixé par sa partie solide contracte dans le chenal pariétal des adhérences telles qu'un bloc fibreux extrêmement dense se constitue. On en verra les inconvénients, mais la fixation est résistante, même aux grossesses.

Malgré les apparences, l'hystéropexie pelvique est solide elle aussi, génératrice d'autres accidents, tandis que l'hystéropexie isthmique n'est nullement exempte de récidive lorsque la fixation de la zone somme toute étroite a été trop légère.

2° Les complications douloureuses :

Ce sont les plus fréquentes des complications vraies. Pourtant elles n'ont jamais été décrites que par nous-mêmes. Elles sont l'apanage exclusif des pexies pariétales : hystéropexies directes, Doleris, et à un moindre degré, Pellanda. Elles apparaissent comme le grand handicap des opérées, surtout lorsque l'utérus a été fixé de trop près ou de trop haut. Souvent modérées, les douleurs sont parfois intenses et un véritable syndrome se constitue. Les signes fonctionnels dominent : douleurs spontanées, pelviennes et lombaires, même épigastriques, continuelles, aggravées par les heurts, la marche, la fatigue, parfois par le coït, parfois aussi par la grossesse. L'état général s'en ressent, ces femmes deviennent hypochendriaques ou irritables. A l'examen, on trouve souvent une minuscule

hernie péritonéale par l'orifice aponévrotique de transfixion et toujours une douleur exquise aux deux points symétriques de transfixion. MM. COTTE et BERTRAND attribuent ces douleurs à la coudure des trompes, parfois à leur attraction dans la boutonnière pariétale, d'où les paroxysmes au moment des règles. Dans certains cas, cette explication est exacte; pas toujours, semble-t-il, à en croire l'observation d'une de nos malades devenue enceinte et accouchée sans que disparaissent les douleurs. Ces douleurs sont trop fréquentes pour qu'on puisse penser « qu'un chirurgien averti peut toujours les éviter ». Quoi qu'il en soit, lorsqu'elles sont à ce point, il n'y a qu'un traitement : la défixation chirurgicale.

Cette défixation n'est pas facile. L'inclusion pariétale des ligaments a produit une gangue fibreuse serrée, solide, au milieu de laquelle les ligaments ne sont pas aisés à individualiser. On doit, au cours de cette dissection, prendre garde de ne pas les sectionner ni de blesser l'origine des trompes, mais malgré toute la prudence on n'arrive pas toujours à laisser ces organes indemnes. Cette gangue serrée montre bien que, souvent, l'utérus est solidement fixé, et que ce n'est ni la récidive, ni l'étirement du ligament qu'il faut craindre. La défixation effectuée, nous avons toujours vu les douleurs disparaître « ipso facto ».

La densité de la gangue fibreuse, l'impossibilité de libérer l'origine des trompes, l'aspect dépoli et parfois cruenté de l'utérus à l'endroit de la zone de contact, obligent à recourir à l'hystérectomie dans une très importante proportion : le 1/3 des cas.

3° **L'étranglement interne :**

Ce n'est pas une complication fréquente, mais c'est la plus redoutable, puisqu'elle menace la vie de la femme. Elle n'est possible qu'après l'opération de DOLERIS. Trois fossettes en effet se trouvent créées : une médiane, la plus dangereuse, entre l'utérus et la paroi abdominale antérieure; deux latérales, sous-tendues par la corde des ligaments ronds. C'est dans ces fossettes qu'une anse intestinale peut venir s'étrangler. L'accident survient tantôt dans les semaines qui suivent l'intervention, tantôt plusieurs années après.

Bien des auteurs ont insisté sur ce danger : R. COUVELAIRE et PELLE, GUELLETTE, ALESTE. Tous les chirurgiens ont rencontré cette complication, même lorsque l'opérateur était un chirurgien irréprochable. Où saisir en effet le ligament pour le faire passer dans le tunnel de transfixion ? Ceux qui craignent l'occlusion le saisissent non loin de la corne, pour effacer la fossette médiane. Mais c'est alors le danger précédent de douleurs, de coudure des trompes, de gêne du développement de l'utérus gravide. DOLERIS, hanté par l'idée d'une opération physiologique, conseillait de prendre le ligament assez loin de la corne pour lui laisser sa liberté; mais là le ligament est moins résistant, et les fossettes d'étranglement sont créées.

Il va de soi que l'étranglement interne conduit à l'urgence chirurgicale au cours de laquelle on sera amené à défixer l'utérus.

4° **L'élytrocèle :**

Cette hernie du Douglas dans la cloison recto-vaginale reconnaît trois sortes de causes :

— une congénitale, le Douglas gardant sa profondeur embryonnaire. Or on verra que l'excessive profondeur du Douglas accompagne souvent les rétroversions;

— une obstétricale : forceps, déchirure périnéale;

— une chirurgicale, la fixation utérine pariétale, surtout l'isthmopexie. C'est elle qui crée « la béance idéale du Douglas » (AMELINE) en tirant sur les ligaments utéro-sacrés.

L'élytrocèle connaît aujourd'hui un regain d'actualité, FUNCK-BRENTANO, AMFLINE, y ont consacré des travaux récents. Mon ami MUSSET et moi en avons observé 7 cas récents, tous consécutifs à des pexies utérines pariétales. Or le temps essentiel de l'intervention est l'effacement ou même la résection du Douglas, notion que nous retrouverons plus loin.

5° On citera seulement deux complications plus rares :

— **La stérilité ou l'extra-utérine** par coudure des trompes.

— **L'infection péritonéale** à point de départ sous-cutané, par le chenal de la transfixion ligamentaire. J'en ai observé à la Pitié un cas déjà ancien après un Doleris fait par mon maître CHEVRIER.

Restent deux groupes très importants de complications, peu connues parce qu'elles sont soignées par les spécialistes : les complications urinaires et les complications obstétricales.

6° **Complications urinaires :**

Elles ne sont pas très fréquentes, mais elles ont une double marque : la première est qu'on peut facilement faire la preuve de leur origine, puisque la défixation utérine les guérit; la deuxième est qu'elles peuvent être très graves.

R. COUVELLAIRE a bien voulu nous communiquer 4 observations de son service de l'hôpital Lariboisière, dont on appréciera tout l'intérêt. Les complications sont toutes survenues après pexie ligamentaire et toutes se sont caractérisées par une pollakiurie incoercible à la suite de l'incarcération de la vessie dans l'espace inextensible pubo-pariéto-utérin. Toutes ont imposé la réintervention.

— 3 fois il a suffi d'agir sur l'utérus, la vessie ayant conservé sa souplesse : une hystérectomie sus-isthmique avec conservation des ovaires, 2 sections des ligaments ronds.

— La 4e observation est intéressante à bien des titres. La pexie utérine avait été pratiquée dans le but de traiter la stérilité, à Lyon, par COTTE, grand défenseur du Doléris-Pellanda. La pollakiurie est apparue immédiatement après l'opération. La femme a été soignée pendant des années par des instillations vésicales et autres moyens, sans résultats; puis elle fut

tenue pour psychopathe. Lorsque R. Couvelaire vint à examiner cette femme il pratiqua une cystographie qui révéla l'existence d'une petite vessie ronde et d'un reflux vésico-urétéral bilatéral. Couvelaire fit une hystérectomie et vit que la vessie incarcérée était devenue une boule dure. Il réalisa une cysto-iléo-plastie avec l'iléon terminal. Cette difficile intervention a amené une guérison intégrale.

7° **Complications obstétricales :**

Nul doute que ce soient les obstétriciens qui aient le plus attiré l'attention sur les dangers des pexies utérines. Rien de surprenant. Il est évident que l'ampliation utérine de la grossesse est entravée par la ventrofixation. Mais pour un obstétricien il n'est pas moins évident que la fixation isthmique gênera la formation même puis l'ampliation du segment inférieur, cette région obstétricale nécessaire au bon déroulement du travail.

Toute fixation pariétale est susceptible d'entraîner des douleurs lors de l'ascension de l'utérus gravide. En outre, toute fixation forçant l'utérus à une antéversion excessive ou gênant le développement du segment inférieur peut entraîner des anomalies de l'accommodation fœtale au cours du travail et partant des vices de la présentation. A ce point de vue, les accoucheurs lyonnais ont maintes fois signalé la survenue de dystocies après Pestalozza, opération longtemps chère aux gynécologues de Lyon. De plus, la césarienne, parfois indiquée de ce fait, est difficile, surtout lors du décollement vésical, en raison des dispositions anatomiques anormales créées par l'intervention (thèse de Gonnet, Lyon 1947).

Nous avons observé au Centre Foch plusieurs cas de sacculation du segment inférieur, dont une seule des faces subit la pression du fœtus. A la clinique Tarnier, en 1948, une dystocie dynamique s'est constituée obligeant à la césarienne. L'utérus était coudé sur lui-même à la suite d'un Pellanda. Une angulation postérieure s'était formée à la charnière segmentaire de sorte qu'un éperon postérieur, semi-lunaire, obstruait partiellement le canal utérin.

Enfin, d'autres auteurs lyonnais, MM. Brochier et Dumont, ont rapporté des observations de placenta prœvia chez des femmes ayant subi une fixation utérine.

Ainsi les raisons nous ont paru surabondantes d'abandonner tout procédé de fixation utérine dans le traitement de la rétroversion mobile

A ces raisons s'en sont ajoutées d'autres pour nous faire adopter une technique toute différente, défendue pour la première fois par nous à titre exclusif : l'oblitération du Douglas.

IV. — L'OBLITERATION OU LE CLOISONNEMENT DU DOUGLAS

L'oblitération du Douglas est souvent appelée opération de Marion. C'est vrai en ce sens qu'en 1904 cet auteur l'a pratiquée pour la première fois et qu'il en a publié la description en 1909. Mais c'était en vue d'un cas bien particulier : le prolapsus de la paroi vaginale postérieure

principe
lipocaïque
pancréatique

LIPORMONE

comprimés 10 cg.
(boîte de 30 comprimés)

hépatostéatoses endocriniennes,
toxiques ou infectieuses

complications vasculaires
et oculaires du diabète

troubles du métabolisme
des lipides

athérome - artériosclérose

xanthomatoses - psoriasis

4 à 6 comprimés par jour

Remboursé par la S. S.

LABORATOIRE CHOAY

48, AVENUE THÉOPHILE GAUTIER PARIS 16e

TUNISIE : Agence Pharmaceutique Française, 8, Passage du 7 mai, Tunis

59 d PAUL-MARTIAL

chez la vierge. Il en restreignait à l'extrême les indications, et son rapporteur J. L. Faure faisait les plus grandes réserves sur la valeur du procédé. Quelques chirurgiens s'en sont servi par la suite, mais toujours comme complément d'une pexie utérine ou d'une périnéoraphie. (Quénu, Duval, Hartman Leclerc, Denicker, Proust, Cotte).

Nos publications sont les premières à en avoir demandé l'emploi à titre exclusif. Les critiques n'ont d'ailleurs pas manqué, appuyées sur des arguments plus sentimentaux que réels. Les gynécologues lyonnais ont quelque désagrément à effacer cette cavité respectable, qu'est le cul-de-sac du Douglas; ils pensent d'ailleurs qu'elle se reformera après l'intervention. On aurait, dit-on, signalé un étranglement, mais cette observation est restée hors de notre connaissance. Rouhier, dans un article récent, écrit : « Mercier la présente comme une opération suffisante dans la plupart des cas. Ce n'est pas mon avis. Je l'ai faite rarement et toujours comme temps complémentaire... » Sur quoi donc repose cet avis ? Aux arguments sentimentaux, nous avons déjà répondu que la liberté était pour l'utérus un bien aussi appréciable que pour nos personnes. Sur le plan des faits, beaucoup de jeunes chirurgiens se sont ralliés à notre technique, et M. Moulonguet nous a toujours fait l'honneur d'appuyer nos conclusions.

Aussi reste-t-il à exposer brièvement :

1° les raisons de préférer cette opération;

2° quelques détails de technique;

3° les résultats éloignés (8 ans : 55 observations).

1° **Les raisons de l'oblitération du Douglas :**

a) Récidive mise à part, elle est rare mais existe (1 cas sur 55), l'oblitération du Douglas est incapable de donner les complications des pexies.

b) Elle corrige l'un des éléments essentiels de la rétroversion mobile : **la profondeur anormale du Douglas,** déjà remarquée dans l'étude de l'élytrocèle. Le Douglas, au lieu d'être évasé comme à l'habitude, est souvent quelque peu étranglé vers son milieu par ses replis latéraux au-dessous desquels le corps utérin tombé est comme emprisonné. Le fond du cul-de-sac descend anormalement bas, presque sur le périnée. L'utérus s'y est logé, contribuant alors à distendre le péritoine qui, continuellement irrité, peut être la cause des douleurs et de la dyspareunie.

c) Elle corrige enfin, un autre élément essentiel du complexe anatomique, bien vu par Cotte, et sur lequel ne peuvent rien les pexies : **le prolapsus des ovaires.** On n'insiste pas assez sur le rôle de ce prolapsus annexiel responsable de maintes douleurs jusqu'ici attribuées à la seule rétroversion. Le toucher sent parfois les deux ovaires douloureux, flanquant les bords du corps rétroversé

2° **Précautions techniques :**

Il est nécessaire :

— d'avoir une bonne anesthésie;

— d'être bien éclairé;

— d'être bien aidé;

— de disposer d'instruments à long manche.

Avec une bonne anesthésie (patiente curarisée) on peut fort bien utiliser l'incision de Pfannenstiel quoiqu'elle soit moins commode que la médiane sous-ombilicale. La source lumineuse doit éclairer le fond du Douglas. Nous nous servons de la longue pince à disséquer sans griffes de Resano, et nous avons fait construire chez LUER une aiguille de Jalaguier à long manche (26 cm.). Le Douglas étant bien exposé, la première bourse au fil de lin assez fin est la plus difficile à passer. Il faut la passer avec minutie, en plusieurs fois, en prenant bien latéralement le péritoine pariétal pour que, une fois fermée, la bourse ne laisse pas d'hiatus. Nous n'avons jamais utilisé le surjet antéro-postérieur. Dès la fermeture de la première bourse, la rétroversion est déjà réduite. Une deuxième est toutefois nécessaire et souvent suffisante; rarement une troisième. La bourse supérieure doit être à la hauteur des ligaments utéro-sacrés Le même soin sera apporté dans le passage de chaque bourse. La deuxième terminée, rien n'est plus satisfaisant que la position des organes génitaux internes. L'utérus a repris sa position normale, mais il reste libre et mobile; les ovaires sont haut situés, reposant latéralement sur le péritoine. Une pexie complémentaire ne se comprendrait pas Le toucher montrerait que le col a repris sa place et sa direction normale, regardant en arrière.

D'autres interventions peuvent bien entendu être pratiquées : traitement d'une annexite ou d'une dystrophie ovariene, myomectomie, cervico-cystopexie, résection de nerf pré-sacré.

Ces interventions doivent alors précéder l'oblitération du Douglas.

3° **Résultats :**

En huit ans, nous avons opéré nous-mêmes 55 rétroversions par l'oblitération exclusive du Douglas. (Clinique Tarnier, Hôpital de Créteil, Centre Foch, Ville). 32 observations, dont 25 rapportées dans la thèse de Brest (1952), sont antérieures à 1952. A cette époque nous utilisions assez souvent le Pellanda. 23 sont postérieures au 1er janvier 1952. Nous pouvons donc aujourd'hui faire état de résultats éloignés :

27 fois, la rétroversion était l'unique lésion;

10 fois, la rétroversion s'accompagnait de dystrophie ovarienne;

5 fois, la rétroversion s'accompagnait d'un prolapsus extrême des ovaires;

4 fois, la rétroversion s'accompagnait de lésions salpingiennes (hydrosalpinx);

1 fois, la rétroversion s'accompagnait d'un kyste de l'ovaire;

1 fois, la rétroversion s'accompagnait de prolapsus génital. (Habituellement dans ces cas nous réduisons la rétroversion par voie périnéale);

4 fois, la rétroversion s'accompagnait de myomes traités par myomectomies;

1 fois, la rétroversion s'accompagnait d'incontinence d'urines;

2 fois, l'oblitération du Douglas a été pratiquée après défixation d'une pexie pariétale douloureuse, les deux fois les douleurs ont totalement disparu et la rétroversion est restée réduite.

55

Pour apprécier avec exactitude les résultats et répondre aux critiques trop souvent « a priori », nous n'avons retenu que les 32 premières observations, qui datent maintenant de 3 à 8 ans. A ce moment pourtant, notre technique était au début de son expérience. Les 23 opérées plus récentes ont actuellement toutes de bons résultats.

— une seule récidive anatomique complète (une des premières), soit 3 %;

— un résultat anatomique incomplet mais avec guérison fonctionnelle (douleurs);

— 30 guérisons anatomiques et fonctionnelles.

— deux stérilités ont été guéries;

— six grossesses sont survenues (2 chez la même opérée). Les accouchements ont été normaux et la rétroversion est restée réduite;

— une collection rétro-utérine (hématocèle) n'a pas été gênée et n'a pas détruit l'oblitération.

Foie - Fer - Cobalt

TOT' HÉMA

8 gammas
Vitamine B 12

Une à deux **ampoules buvables** par jour

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

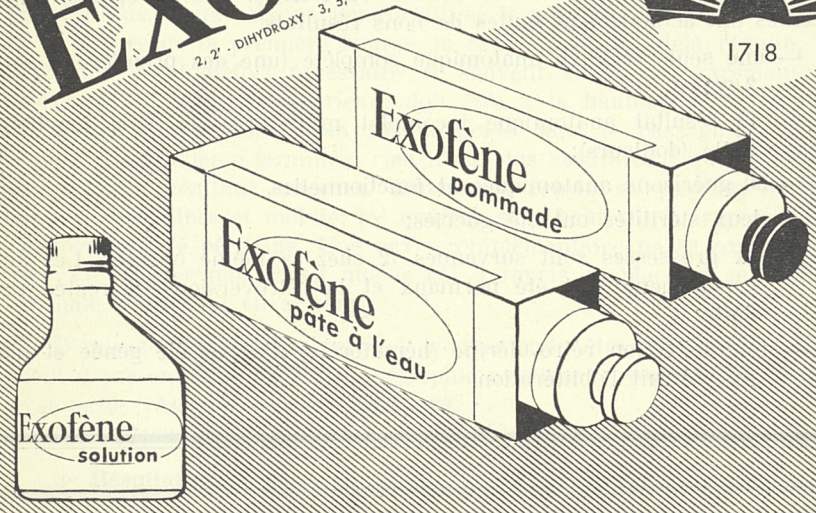
ANTIBIOTIQUE DERMATOLOGIQUE DE SYNTHÈSE

Exofène

2, 2' - DIHYDROXY - 3, 5, 6, 3', 5', 6' - HEXACHLORODIPHÉNYLMÉTHANE

MIDY

1718



NOUVEAU

Efficacité des antibiotiques fongiques sans risques d'eczématisation ni de sensibilisation

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

DRAEGER

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

Cervicites, dysplasies et cancer du col utérin

par Raoul PALMER

—o—

(*Conférence faite en avril 1954*)

—o—

Il semble actuellement démontré que les cancers du museau de tanche n'apparaissent pratiquement jamais sur un col préalablement sain, mais sur un col plus ou moins profondément modifié à la suite d'accouchements, de fausses couches ou de métrites. Le cancer du col est de fait exceptionnel chez les religieuses, rare les nullipares. Et, en Suisse, où la surveillance périodique des cols est entrée dans les mœurs, on n'a pratiquement jamais vu un cancer du col apparaître directement sur un museau de tanche préalablement normal à la colposcopie.

Ce sont ces rapports entre déchirures du col, cervicites, dysplasies et cancer que nous allons préciser, ainsi que la conduite du diagnostic en présence d'un col suspect :

I. *LE COL NORMAL*

Schématiquement le col normal de la nullipare présente à sa surface extérieure un *épithélium malpighien pluristratifié* dans lequel on distingue 5 couches :

C1 — constituée par la rangée de cellules cylindriques qui sont au contact de la membrane basale; c'est la seule couche où l'on trouve normalement des mitoses;

C2 — constituée par 2 ou 3 assises de cellules polygonales, un peu plus grandes, mais encore peu différenciées;

C3 — constituée par 3 à 6 assises de cellules à ponts d'union bien visibles (stratum spinosum) avec une forte charge glycogénique;

C4 — d'épaisseur variable, les cellules s'aplatissent, leur noyau diminue de taille, la charge glycogénique est encore importante;

C5 — zone de desquamation; les cellules sont bien aplaties, les noyaux sont pyconotiques, le glycogène est en voie de disparition.

Les caractéristiques de cet épithélium sont donc :

1° une stratification absolue régulière, les mitoses étant limitées à C1;

2° une charge massive en glycogène de C3, allant en se dégradant vers la superficie.

L'intérieur du canal cervical et les glandes sont tapissées par un *épithélium unistratifié mucipare.*

La jonction se fait normalement et de façon assez brusque, au niveau de l'orifice cervical externe.

En fait, cet aspect schématique est loin d'être toujours réalisé, même chez la nullipare, et même chez la vierge, il existe des variations imprévues, d'ailleurs explicables par l'embryogénèse.

Après l'accouchement, par suite des déchirures et des g issements, il y a presque toujours un *ectropion* plus ou moins marqué de la muqueuse endocervicale. Celui-ci va normalement faire l'objet d'un *re maniement* secondaire, par *glissement* de l'épithélium malpighien périphérique qui, au passage envahira les culs de sac glandulaires ou les recouvrira (d'où les œufs de Naboth); toutefois un autre mécanisme, la *métaplasie* à partir de cellules sous-épithéliales, a été également decrit à l'origine de *l'épithélium de régénération :* celui-ci au début est mince (3 - 4 couches) riche en mitoses, et ne contient pas de glycogène; en cas d'inflammation associée, il peut présenter des anomalies nucléaires.

II. *LES CERVICITES*

Les *cervicites* se traduisent localement par la congestion, l'infiltration leucocytaire et plasmocytaire, la purulence des sécrétions, l'apparition de phlyctènes et d'érosions vraies.

Cliniquement, les signes principaux sont la leucorrhée muco-purulente, et un endolorissement hypogastrique avec irradiation sacro-lom baire. A l'examen au speculum, il peut y avoir une glaire muco-purulente recouvrant le col, celui-ci est plus ou moins rouge; après avoir recueilli la glaire exo-cervicale et mouche le col, on procède à *l'expression du col* avec les valves du speculum. En cas *d'endocervicite,* on fera sourdre une glaire opaque plus ou moins abondante qu'on recueillera également. Au toucher enfin, on constatera souvent la rétraction d'un paramètre, et la douleur à la mobilisation, traduisant la tymphangite des paramètres.

L'évolution sa dépendre de la précocité du traitement. Si celui-ci est précoce et adequat, la restitutio ad integrum est la règle. Sinon, des *modifications secondaires* vont se produire.

1° des glandes : hyperplasie adénomatoïde, kystes g'andulaires;

2° du chorion : sclérose, hypertrophie;

3° des épithéliums : dysplasies et métaplasies.

Des modifications peuvent, après guérison de la cervicite persister comme *Sequelles* et être à l'origine de symptômes fonctionnels, en l'absence de toute infection persistante.

L'hyperplasie adénomatoïde continue à secréter des glaires abondantes, visqueuses, empesant le linge, souvent subinfectées, qui persisteront tant qu'on n'aura pas détruit l'excédent de glandes. De même les *kystes* quand ils sont multiples, peuvent être l'occasion de *douleurs* qui cèdent à leur galvano-cautérisation.

La *sclérose hypertrophique* est en partie réactionnelle, et régresse souvent en partie après électro-coagulation ou biopsie-exérèse.

Quant aux *dysplasies épithéliales,* elles sont entièrement asymptomatiques. Or, ce sont elles qui sont à l'origine des cancers du col.

En réalité il y a toute *une gamme de lésions dysplasiques,* de plus en plus suspectes, que nous allons essayer de définir le plus clairement et le plus simplement possible, en indiquant la synonymie avec les autres terminologies répandues, notamment celle de HINSELMANN et de GLATTHAAR.

1° Les *Dysplasies régulières bénignes* (atypie épithéliale simple de HINSELMANN, épithélium anormal de GLATTHAAR, dystrophies bénignes et leucoplasies de MORICARD) qui sont caractérisées par la conservation d'une stratification absolument régulière de l'épithélium, les mitoses étant limitées à la couche basale et les couches superficielles évoluant soit vers la kératinisation vraie (hyperkératose, leucoplasie) soit la parakératose, au lieu de subir la charge glycogénique.

2° *Les Dyplasies régulières avec hypéractivité basale* (Unruhiges des auteurs allemands, Basal hyperactivity des auteurs américains) sont caractérisées par une prolifération anormalement active des couches basales (avec présence de mitoses sur une assez grande hauteur) et formation de digitations s'enfonçant dans le stroma, mais la membrane basale est intacte, il n'y a pas d'anomalies nucléaires, et l'épithélium a conservé sa stratification régulière. Ce sont pour la plupart des auteurs des lésions *à surveiller,* car elles peuvent parfois évoluer vers le type suivant.

3° *Les Dysplasies irrégulières suspectes* (atypie épithéliale aggravée non cancéreuse de WESPI et de GLATTHAAR par opposition à l'atypie épithéliale cancéreuse qui correspond à notre épithélioma intra-épithélial) celles-ci sont caractérisées par la disparition de la stratification régulière de l'épithélium, qui présente des cellules de type basilaire et des mitoses à tous les niveaux, avec souvent des phénomènes de kératisation irrégulièrement dispersés. Il y a souvent aussi des anomalies cellulaires et nucléaires plus ou moins importantes.

4° *L'épithélioma intra-épithélial* (cancer in situ) n'est qu'un degré de plus de la lésion précédente caractérisé par une anaplasie plus marquée et surtout, comme l'a montré MORICARD, par l'existence d'anomalies de la mitose (polyploïdies, précessions chromosomiques) dans la majorité des mitoses rencontrées.

Toutes ces lésions sont caractérisées par la *disparition* plus ou moins total du glycogène avec une *limite nette* avec l'épithélium normal avoisinant. Si une biopsie localisée porte au centre de la zone en question, elle est toujours régénérée par un épithélium du même type, il s'agit donc d'un changement profond *de nature* de cet épithélium, d'où le nom de dysplasie que nous avons appliqué à toutes les variétés non cancéreuses. Signalons toutefois que HISELMANN, SCHILLER et beau-

coup d'auteurs récents persistent à ne pas distinguer les deux dernières catégories et à considérer qu'il y a identité entre les notions d'atypie épithéliale aggravée et de cancer au stade pré-invasif. C'est le mérite de MORICARD d'avoir recherché un test précis pour la dissociation des atypie épithéliales aggravées en cancéreuses et non cancéreuses.

On dit enfin qu'on a affaire à un *micro-carcinome* quand on a détecté une lésion possédant toutes les caractéristiques du cancer confirmé, y compris l'*invasion du stroma* par de petits groupes cellulaires, mais dont le diamètre est inférieur à 5 mm. (MULLER).

AU POINT DE VUE ÉVOLUTION ET PRONOSTIC, il est essentiel de savoir que :

1° les dysplasies régulieres bénignes ne se transforment presque jamais en cancer;

2° les dysplasies avec hypéractivité basale le font rarement (mais assez souvent pour qu'il faille les surveiller).

3° les displasies irrégulières, suspectes, se transforment *assez souvent* en cancer, au bout de quelques mois ou de quelques années (parfois 8 ans) mais sont également susceptibles de rétrocession;

4° le cancer intra-épithélial apparaît en général en un ou plusieurs points d'une zone de dysplasie irrégulière suspecte, et plus volontiers en bordure de l'orifice cervical externe;

5° les lésions dysplasiques peuvent pénétrer à l'intérieur du canal cervical et la transformation cancéreuse peut se produire dans cette zone.

NOUS ALLONS VOIR MAINTENANT COMMENT DANS LA PRATIQUE ON PEUT DÉCELER LES LÉSIONS SUSPECTES DU COL ET EN PRÉCISER LA NATURE.

1. DETECTION DES LESIONS SUSPECTES DU COL

Un certain nombre de lésions cervicales sont reconnues dès la simple *inspection du col au spéculum*. Je ne parle pas, naturellement, des bourgeonnements ou des ulcérations cancéreuses plus ou moins évidentes, bien que je doive vous rappeler la règle absolue que l'on ne doit pas poser un diagnostic de cancer du col sans en faire la vérification biopsique, même quand cela semble crever les yeux. Je parle de l'existence de zones manifestement anormales soit par leur teinte trop rouge, soit par leur teinte trop blanche, soit enfin et surtout par fait qu'elles saignent facilement au contact.

En réalité, ces cas-là sont les moins intéressants, puisque d'emblée le col apparaît anormal dans une zone déterminée et que, par conséquent, le réflexe qui constitue à faire au niveau de la zone anormale une biopsie est une solution simple. Mais, à côté de ces lésions cliniquement évidentes vous en avez d'autres où on ne voit rien d'anormal à l'inspection du col, ce sont :

— d'une part les lésions exocervicales qui sont décelées par le test de SCHILLER,

— d'autre part, les lésions endo-cervicales, auxquelles il faut toutoujours penser, bien qu'elles soient probablement plus rares qu'on ne l'a dit à un certain moment.

1. *TEST DE SCHILLER*

Le *test de* SCHILLER consiste dans l'imbibition du col utérin par une solution iodo-iodurée (iode 1 g. iodure de potassium 2 gr. eau distillée q.s. pour 100 cm^3).

Dans les conditions physiologiques normales, l'épithélium exocervical, qui est très riche en glycogène, prend une teinte brun acajou foncé homogène, qui s'arrête au pourtour de l'orifice cervical externe où il se continue avec la muqueuse rosée endocervicale.

L'existence de taches qui ne prennent pas cette coloration signe l'existence à leur niveau d'une lésion ou d'une anomalie de l'épithélium cervical,

Il faut introduire le spéculum avec douceur, sinon on risque de créer des éraillures du col ; il faut le moucher avec délicatesse, de sa glaire qui, sans cela, représente une protection contre l'imprégnation iodée ; il faut enfin que l'imprégnation soit faite avec un tempon bien imprégné de la solution iodo-iodurée.

Une *tache rouge* signifie que l'on voit les capillaires de chorion par transparence : cela peut signifier qu'il n'y a absolument aucun épithélium (érosion vraie) ou qu'il y a un épithélium extrêmement mince, tel que l'épithélium unistratifié mucipare de l'ectopie, l'épithélium de régénération malpighienne encore pauci-stratifié, (3 ou 4 couches cellulaires).

Au contraire, lorsque vous avez une *tache blanche*, cela signifie que les vaisseaux de chorion sont complètement masqués par une épaisseur suffisante de couches cellulaires, et du moment que cette tache est blanche au test de SCHILLER, c'est que c'est un épithélium qui n'a pas subi la charge glycogénique normale ; c'est donc un épithélium atypique, en prenant simplement ce terme au sens « ayant une structure et une physiologie anormales ».

Un des caractères les plus importants à étudier au cours du test de SCHILLER, c'est *la netteté des contours des zones iodes négatives.*

En général, une zone à iode négative à contours flous est une zone anormale, certes, mais il s'agit généralement soit d'une atrophie, soit d'une inflammation.

Au contraire, les zones iode-négatives à contours nets représentent en général une modification structurale vraie, une dysplasie ou éventuellement même, un cancer.

Après la ménopause, il est *normal* de voir apparaître sur le col des taches iode-faibles ou iode-négatives qui n'ont pas de signification pathologique. En particulier, après la castration, déjà au bout d'un an, le col a diminué de volume et très souvent présente une série de marbrures de couleur peau de chamois. Mais si vous les regardez attentivement, vous constatez que *les limites sont floues;* et si, à cette femme vous injectez deux mgr. de benzoate d'œstradiol, 48 heures après, le col a une couleur brun acajou foncé, ce qui démontre la nature atrophique de ces taches à contour flou au test de SCHILLER.

Si on faisait une biopsie sur toutes les taches au test de SCHILLER, il est très évident qu'on ferait des quantités de biopsies inutiles, et c'est une des raisons, pour lesquelles je vous dirai tout à l'heure que les frottis d'une part, la colposcopie, d'autre part, permettent de réduire et d'autre part de faire à bon escient et au bon endroit des biopsies nécessaires.

2° *LES FROTTIS VAGINAUX*

La 2e méthode de détection des lésions suspectes du col est constituée par les frottis vaginaux. Ces frottis vaginaux ont été faits pour des motifs variables. Dans certains cas, pour un diagnostic hormonal, et c'est par hasard que le frottis décèle une atypie suspecte de la cytologie vaginale ; d'autres fois parce qu'il y a une petite perte sanguine irrégulière dans le cycle ; parfois enfin par routine, dans les services où l'on a organisé un dépistage systématique. Il est évident que si le cytologiste a répondu classe IV ou V, il y a une forte présomption de cancer et il faut tout mettre en œuvre pour avoir la confirmation ou quelque fois l'infirmation du *diagnostic de présomption de cancer* qui a été posé par les frottis, et dans ces cas-là, sans aucun doute, il faut tout mettre en œuvre : la colposcopie, les frottis, la biopsie simple ou multiple, pour savoir à quel endroit se trouve la lésion qui est à l'origine de ces cellules anormales et quelle est sa nature exacte.

D'autre fois le frottis vous aura répondu classe II ou classe III, présence d'éléments cellulaires anormaux, mais probablement non cancéreux. Dans ces cas là aussi, à mon avis, le col doit être étudié attentivement, parce que certaines de ces lésions cervicales dysplasiques qui ont été décelées à la suite du frottis sont des lésions qui peuvent être *précancéreuses* et *nécessitent,* par conséquent un diagnostic précis, une délimination précise et une biopsie pour confirmer leur nature strictement bénigne ou au contraire suspecte, et par conséquent la nécessité ou non d'une thérapeutique active.

II. *DIAGNOSTIC DES LESIONS SUSPECTES DU COL*

Quels sont maintenant les moyens que nous avons d'en poser le diagnostic exact, et par conséquent d'en choisir le traitement ?

Tout le monde est d'accord pour dire que la seule méthode de diagnostic certain des lésions cervicales, c'est la biopsie. Il n'y a

qu'un malheur à cela, c'est qu'il faut ajouter une petite restriction : la biopsie fait AU BON ENDROIT.

C'est toute la question, car, en poussant les choses à l'absurde, on n'est sûr d'avoir fait la biopsie *au bon endroit* que quand on a coupé un col en série.

Voyons donc quelles sont les différentes modalités possibles des biopsies cervicaales.

A) *Biopsies localisées* : il en existe deux variétés.

1. La *biopsie de surface* qui est celle qui avait été préconisée au début par SCHILLER, notamment à l'aide de sa toute petite curette qui détache juste un petit copeau d'épithélium sur la zone iode négative sans entraîner de chorion. Cette technique est encore très utilisée en Suisse, Autriche et Allemagne. Les histologistes de là-bas sont habitués à cette manière de faire, et si l'épithélium leur paraît parfaitement stratifié et régulier, ils répondent : dysplasie bénigne. Si, au contraire, l'épithélium leur paraît présenter des caractères d'atypie épithéliale aggravée, de dysplasie suspecte, il demandent une biopsie plus sérieuse comportant du chorion pour préciser le caractère et le degré suivant HINSELMAN de la lésion cervicale qu'ils ont ainsi décelée.

L'avantage des biopsies de surface, c'est qu'elles sont absolument indolores, qu'elles ne saignent absolument pas et que, dans une certaine mesure on peut les répéter aussi souvent que l'on veut sans créer le moindre ennui réel pour la malade, puisque cela cicatrise en trois ou quatre jours sans laisser la moindre trace. Mais à la clinique gynécologique de Broca, le Dr MORICARD a toujours protesté contre l'absense de chorion dans les biopsies du col.

2. — *La biopsie localisée avec chorion* peut, elle aussi, être faite de nombreuses façons. On peut evidemment, à la manière de beaucoup de gynécologues américains, la faire comme une véritable petite excision cunéiforme. On peut aussi utiliser la pince emporte-pièce de Jean-Louis FAURE, mais je ne vous cache pas que cette pince me paraît un instrument un peu préhistorique; elle emporte un large morceau, et ça saigne beaucoup après. En fait, l'instrument qui nous donne les meilleurs résultats c'est la pince emporte-pièce de DOUAY, avec laquelle nous arrivons à faire des biopsies très bien centrées par un petit artifice qui est le suivant : nous saisissons la muqueuse juste à côté, sur le bord de la lésion, avec une pince de POZZI, de manière à créer un petit pli de la muqueuse et c'est ce pli que nous emportons avec la pince de DOUAY.

Je vous rappelle que toutes les biopsies de col utérin doivent comporter au moins un fragment dans le Bouin alcoolique, de manière à pouvoir obtenir une coloration du glycogène sur les préparations, car c'est là un point extrêmement important pour le dianostic histologique.


ORTHODAL
MÉDICATION NEURO-SÉDATIVE, TONI-CARDIAQUE et DIURÉTIQUE
Composée exclusivement d'extraits végétaux (olivier, gui, marjolaine, cratægus, passiflore); ne contenant pas de barbituriques, ni de toxiques
Posologie : Selon prescription médicale, 6 à 9 comprimés par jour, avant les 3 repas.
OPOCHOL
AFFECTIONS DU FOIE ET DE LA VESICULE BILIAIRE
REGULATEUR DES FONCTIONS HEPATO-BILIAIRES
A base d'extraits opothérapiques (bile dépigmentée et décholestérinée poudre, de foie) associés aux extraits de boldo et de combretum et à l'oléate de soude, ne contenant pas de drastiques.
Posologie : Selon prescription médicale, 2 à 4 comprimés par jour, pendant les repas du midi et du soir.
LABORATOIRE DE MÉDECINE EXPÉRIMENTALE G. TÉTARD
S.A.R.L
7 BOULEVARD DE L'ASSAUT . BEAUVAIS (OISE).


Tp
NEURINASE
SOLUTION COMPRIMÉS . SUPPOSITOIRES
amorce le sommeil naturel
VALÉRIANE FRAÎCHE ACTIVÉE PAR BARBITAL
STABILISÉE A FAIBLE DOSE
Remboursés Sécurité Sociale
LAB. GÉNÉVRIER
45, Rue Michelis
NEUILLY-PARIS
Nouvelle Forme : Suppositoires
ALEPSAL
COMPRIMÉS . SUPPOSITOIRES
PHÉNOBARBITAL . BELLADONE STABILISÉE . CAFÉINE
10 Cg CONVULSIONS
5 Cg SPASMES
1½ Cg DYSTONIES
simple, sûr, sans danger

Mais ces biopsies localisées supposent que vous ayez une idée précise sur l'endroit réellement suspect, ou bien alors vous êtes amenés à faire comme certains gynécologues américains 4 ou 5 prélèvements au hasard sur les différents points du col. Mais cette solution n'est pas satisfaisante parce que les zones vraiment atypiques peuvent se trouver entre deux des prélèvements.

B) *Biopsies étendues :*

Une méthode que les Américains emploient actuellement assez souvent c'est la *biopsie en anneau,* dans laquelle on enlève tout un anneau circulaire, soit, pour ceux qui ont une certaine dextérité manuelle, tout simplement avec un bistouri étroit, en taillant une rondelle aussi régulière que possible, — soit, pour ceux qui préfèrent des instruments d'apparence un peu plus mécanique, avec des cônes emporte-pièces tels que ceux de Gussberg, par exemple, qui permettent d'emporter une rondelle du même genre, à la condition naturellement de choisir le cône de la bonne dimension pour réellement emporter la zone suspecte du col considéré.

Tout ceci partant de l'idée que les lésions suspectes du col se trouvent toujours justement dans cette rondelle de jonction, entre le canal endocervical et l'extérieur du col.

C'est dans la même idée, mais encore un peu plus large, que se trouve *la conisation* telle que la pratique à Paris Varangot, qui enlève un cône comportant les 2/3 du canal endocervical. On réalise aussi en petit ce que faisait Hinselman il y a maintenant 25 ans, c'est-à-dire l'*amputation du col,* suivie de coupes en série de celui-ci pour voir exactement comment se comporte la lésion suspecte dans toutes ses parties visibles et invisibles.

Je m'aperçois que dans tout cela je ne vous ai pas parlé de la technique que j'utilise personnellement qui, elle, nécessite un diagnostic précis de l'étendue de la lésion, puisqu'elle a la prétention d'être à la fois un diagnostic et un traitement, c'est-à-dire la *biopsie exérèse à l'anse diathermique*

Nous ne la faisons que quand nous avons déjà un diagnostic précis de l'histologie de la région colposcopiquement la plus suspecte par une biopsie localisée à la pince de Douay. Nous faisons alors avec une petite anse, qui a environ 6 mm. de large et 8 mm. de long, une série de tranchées qui commencent à 2 ou 3 mm. au-delà de la limite externe de la lésion, qui passent à environ 5 mm. en profondeur dans le tissu cervical, et qui viennent aboutir à environ 5 mm. à l'intérieur du canal cervical, de manière à réellement supprimer toute la zone anormale, non seulement en surface, mais aussi en profondeur.

Nous avons utilisé pendant longtemps un appareil à éclateur pour ces biopsies-exérèses, et il est arrivé assez souvent que le laboratoire se plaigne d'un certain degré de coagulation des tissus enlevés, et aussi de distorsions nucléaires et chromosomiques qui gênaient certains diagnostics cytologiques.

A l'heure actuelle, avec les appareils à lampes, ces inconvénients ne se présentent plus. Par contre, alors qu'avec l'appareil à éclateur il n'y avait pratiquement jamais besoin de faire la moindre hémostase complémentaire, avec les appareils à lampe on est obligé assez souvent, de faire une touche de coagulation sur quelques points qui saignent dans la zone de biopsie exérèse. En général ces biopsies exérèses régénèrent par l'épithélium normal venant de la périphérie qui vient en l'espace de 5 ou 6 semaines recouvrir le fond de la biopsie exérèse. Il se produit d'ailleurs un remodelage du col qui, au bout de 2 mois apparaît relativement normal. Cette régénération par un épithélium normal existe dans plus de 90 % des cas.

J'ai eu quelques récidives, et même deux ou trois récidives rapides, qui ont justement coïncidé avec des cas qui ont été considérés comme épithélium intra-épithéliaux. Je dois avouer que dans quelques-uns de ces cas je me suis obstiné, et que deux d'entre-eux, en particulier, ont subi deux biopsies exérèses à trois ou quatre mois de distance, et restent actuellement sans récidive.

Par contre, dans les dysplasies suspectes, supposées non cancéreuses, je n'ai pas eu de récidive.

Il semble donc bien que la lésion considérée comme épithélioma intraépithélial soit une lésion qui a un potentiel évolutif, extensif et récidivant certainement beaucoup plus grand que la lésion considérée simplement comme dysplasie suspecte.

Tous les travaux qui ont été faits sus l' « atypie épithéliale aggravée », notamment par les auteurs allemands, ont montré que le microcarcinome invasif était en général détecté en un ou parfois en plusieurs points d'une zone plus ou moins étendue d' « atypie épithéliale aggravée », de « dysplasie suspecte ».

La conclusion c'est que la biopsie localisée si elle n'est pas bien dirigée ou même la biopsie-exérèse large, si elle n'est pas suivie de coupes sériées, peut passer à côté du seul point vraiment cancéreux.

Ceci nous a incités à considérer que quand un col est suspect. LA MANIÈRE LA PLUS SAGE DE SE CONDUIRE POUR NE PAS FAIRE DE CHOSES EXCESSIVES, MAIS TOUT DE MÊME FAIRE ASSEZ, C'EST DE L'ÉTUDIER A LA FOIS ET SIMULTANÉMENT PAR LA COLPOSCOPIE, LES FROTTIS ET LES BIOPSIES DIRIGÉES SUR LES POINTS COLPOSCOPIQUEMENT LES PLUS SUSPECTS.

C'est de la confrontation de ces différentes données que doit résulter un diagnostic, car, je le réjète, la biopsie, malgré les apparences, n'est pas le critérium décisif, si vous n'êtes pas sûr qu'elle a été posée à l'endroit le plus méchant. Si la biopsie vous répond : lésion bénigne, que les frottis vous répondent : classe IV ou V, c'est que la biopsie n'était probablement pas au bon endroit — bien qu'il existe indiscutablement des frottis — faussement positifs dans certaines métrites et certaines hyperatrophies, comme nous avons pu le démontrer par le retour à la normale des frottis par un traitement anti-inflammatoire

dans le premier cas, hormonal dans le second. De toutes façons, vous n'avez pas le droit de laisser courir une malade avec des frottis classe IV ou V; il faut qu'après votre traitement elle ait de façon persistante des frottis normaux ou bien que vous ayez décelé le point d'où proviennent les cellules d'apparence cancéreuse.

QUE PEUT APPORTER LA COLPOSCOPIE ?

La colposcopie, vous le savez, consiste essentiellement dans l'inspection du col avec une loupe composée, uni ou binoculaire, donnant un grossissement de 10 ou 20 diamètres.

La méthode a été mise au point vers 1925-1926 par HINSELMAN, et HAMBOURG.

Il partait avec l'idée de découvrir des tout petits cancers; mais au lieu de cela, il a eu la surprise, par la colposcopie, de découvrir à la surface du col des zones d'apparence colposcopique anormale, plus ou moins étendues, et il a pu démontrer que c'était dans ces zones d' « épithélium atypiques » que naissent en un ou plusieurs points, les microcarcinomes.

Cette colposcopie, malheureusement, nécessite un appareil qui est assez coûteux, et surtout nécessite un apprentissage. Cet apprentissage peut naturellement être facilité par l'étude très attentive d'atlas tel que celui de MESTWERDT, mais il n'est pas douteux que l'on ne s'improvise pas du jour au lendemain colposcopiste.

Par contre, quand on a fait cet apprentissage, on facilite beaucoup de diagnostics gynécologiques en y ajoutant la colposcopie qui ne fait pas perdre plus d'une minute quand on en a l'habitude.

Quels sont donc les cas dans lesquels le gynécologue ou le médecin doit envoyer ses malades au colposcopiste ?

Ce sont :

— toute femme qui présente une tache à contours nets au test de SCHILLER;
— toute femme qui présente une lésion du col saignant au contact;
— toute femme présentant des frottis vaginaux suspects;
— toute femme qui doit subir une hystérectomie subtotale;
— toute femme chez laquelle on prévoit une intervention pour un prolapsus génital.

En réalité, la colposcopie ne consiste pas seulement à regarder le col dans la grosse loupe; en fait, après l'avoir regardé une première fois sans préparation, on mouche le col des glaires qui le recouvrent et on le badigeonne avec une solution d'acide acétique à 3 %; ce badigeonnage acétique aide au départ des mucosités, et surtout fait ressortir de façon extraordinaire certaines des lésions cervicales. Puis on fait un test de SCHILLER et on le regarde aussi au colposcope. Je vais maintenant faire passer rapidement les principales images colposcopiques.

Cette première photo vous montre un *ectropion récent* du col. La zone de muqueuse endocervicale ectropionnée subit une réaction papillaire spéciale, que l'on appelle en colposcopie l'*ectopie papillaire*, qui est constituée par des plages de petits grains de raisin, extrêmement nettes, et dont le diagnostic est toujours facile. Il arrive assez souvent que ces ectopies papillaires soient enflammées et saignent au contact, et que le colposcopiste dise tout de suite : c'est une ectopie papillaire un peu enflammée, ce n'est certainement pas quelque chose de suspect.

Cette ectopie est ici en voie de régénération, par des traînées d'épithélium malpighien qui viennent ainsi progressivement recouvrir les culs de sa gladulaire de l'ectopie papillaire.

2e *Projection.* — Cette régénération ne commence que quand tout phénomène inflammatoire a disparu.

Vous voyez ici que l'épithélium malpighien est venu partiellement recouvrir les culs de sac glandulaires; un certain nombre d'entr'eux sont restés prisonniers sous l'épithélium malpighien et vont constituer les œufs de NABOTH.

3e *Projection.* — Si vous faites un test de SCHILLER sur un ectropion en voie de remaniement, vous apercevez d'une part au centre l'ectopie papillaire avec son aspect caractéristique, puis une zone qui est encore rosée au test de SCHILLER; c'est *l'épithélium de régénération* encore très mince, ne comprenant encore que trois ou quatre couches de cellules. Puis peu à peu l'épithélium augmente d'épaisseur; sa charge glycogénique apparaît de plus en plus forte, et vous avez ainsi une zone rose à contours flous.

4e *Projection.* — Voici l'aspect 6 mois plus tard, alors que la régénération est complète et que vous apercevez un petit peu partout des œufs de NABOTH et des orifices glandulaires.

5e *Projection.* — Voici au contraire maintenant les aspects observés dans les *dysplasies cervicales* et dans les cancers intraépithéliaux. Trois aspects principaux ont été décrits par HINSELMAN : la leucoplasie, la base et la mosaïque.

La *leucoplasie* est une tache d'un blanc nacré : ce sont des zones dans lesquelles il y a une kératinisation si importante que vous avez une tache blanche à travers laquelle on ne voit pas les vaisseaux. Mais il faut bien savoir que d'un examen à l'autre les aspects peuvent varier parce que cette couche d'hyperkératose peut desquamer, soit spontanément, soit sous l'influence du coup de balai du petit tampon de coton, et vous apercevez alors en-dessous, à sa place, soit *l'aspect dit de mosaïque*... celui que vous avez dans cette partie supérieure... vous avez une série de polygones dont les bords sont constitués par une série de points rouges traçant les contours de ces polygones, ou bien vous avez *l'aspect dit de base de leucoplasie* (parce que c'est celui qu'HINSELMAN avait observé le plus souvent à la suite des leucoplasies abrasées).

C'est une zone blanchâtre, ponctuée de gros points rouges disposés en quinconce.

6e *Projection.* — Voici maintenant une autre image dont le but est de vous montrer que ces altérations dysplasiques du col peuvent dans certains cas être extrêmement étendues, puisqu'autour de cet ectropion circulaire vous avez une collerette immense de mosaïque... et, dans certaines zones, de la base et de leucoplasie.

7e *Projection.* — Ceci, c'est le test de SCHILLER de la première image dysplasique que je vous ai montrée tout à l'heure. Je vous ai montré cette image pour deux raisons :

— la première, pour vous montrer que cela correspond bien à une zone iode-négative à contours nets, comme tracée à la pointe du scalpel. mais aussi pour vous montrer que quand on a fait le test de SCHILLER, il n'est plus possible de dire s'il s'agit de leucoplasie, de base ou de mosaïque, ou de zone iode-négative sans autre particularité.

8e *Projection.* — Ici, cela commence à prendre « une sale tête ». Il s'agit d'une mosaïque dans la partie basse. Vous avez là un dessin de base avec des gros points rouges, mais en certains points vous avez un nouveau caractère qui apparaît : vous avez des lésions qui sont *bosselées, irrégulières.* Toute lésion qui est en déniveilation, qui est bosselée, qui n'est pas sur le niveau même du col est déjà par cela même plus ou moins suspecte parce qu'elle montre un certain potentiel prolifératif ajouté. Et si, en plus de cela, vous constatez que les vaisseaux sont de calibres irréguliers et en tire-bouchons, cela sera un deuxième signe faisant soupçonner le caractère malin de ces lésions.

9e *Projection.* — Un autre aspect également très suspect : les digitations ont un aspect plus ou moins vitreux. Là aussi vous devez craindre beaucoup qu'on ne soit sur le chemin du cancer vrai.

10e *Projection.* — Voici, pour terminer, le cancer vrai ulcéré classique. Mais la colposcopie montre que l'ulcération cancéreuse est entourée d'une zone de base : il est important de savoir que des aspects d'épithélioma intra-épithélial existent assez souvent sur une zone périphérique, plus ou moins large, autour des cancers vrais invasifs, ce qui peut être à l'origine d'erreurs de diagnostic, et aussi d'interprétation erronnées sur l'extention réelle du cancer.

Aussi donc, *la colposcopie permet d'éviter un bon* nombre de biopsies en identifiant comme telles les ectopies, les atrophies et les inflammatoires. Par contre il faut toujours biopsier les leucoplasies, les bases, les mosaïques et d'une manière plus générale, toutes les taches iodenégatives à contours nets. Et quand vous avez fait la colposcopie vous savez en général QUEL EST LE POINT LE PLUS SUSPECT. En particulier, les *zones de mosaïque* traduisent certainement, du point de vue structural, une tendance à l'évolution en profondeur, dans les glandes ou dans le stroma, et doivent faire l'objet d'une biopsie. De même si

Cette première photo vous montre un *ectropion récent* du col. La zone de muqueuse endocervicale ectropionnée subit une réaction papillaire spéciale, que l'on appelle en colposcopie l'*ectopie papillaire*, qui est constituée par des plages de petits grains de raisin, extrêmement nettes, et dont le diagnostic est toujours facile. Il arrive assez souvent que ces ectopies papillaires soient enflammées et saignent au contact, et que le colposcopiste dise tout de suite : c'est une ectopie papillaire un peu enflammée, ce n'est certainement pas quelque chose de suspect.

Cette ectopie est ici en voie de régénération, par des traînées d'épithélium malpighien qui viennent ainsi progressivement recouvrir les culs de sa gladulaire de l'ectopie papillaire.

2e *Projection.* — Cette régénération ne commence que quand tout phénomène inflammatoire a disparu.

Vous voyez ici que l'épithélium malpighien est venu partiellement recouvrir les culs de sac glandulaires; un certain nombre d'entr'eux sont réstés prisonniers sous l'épithélium malpighien et vont constituer les œufs de NABOTH.

3e *Projection.* — Si vous faites un test de SCHILLER sur un ectropion en voie de remaniement, vous apercevez d'une part au centre l'ectopie papillaire avec son aspect caractéristique, puis une zone qui est encore rosée au test de SCHILLER; c'est *l'épithélium de régénération* encore très mince, ne comprenant encore que trois ou quatre couches de cellules. Puis peu à peu l'épithélium augmente d'épaisseur; sa charge glycogénique apparaît de plus en plus forte, et vous avez ainsi une zone rose à contours flous.

4e *Projection.* — Voici l'aspect 6 mois plus tard, alors que la régénération est complète et que vous apercevez un petit peu partout des œufs de NABOTH et des orifices glandulaires.

5e *Projection.* — Voici au contraire maintenant les aspects observés dans les *dysplasies cervicales* et dans les cancers intraépithéliaux. Trois aspects principaux ont été décrits par HINSELMAN : la leucoplasie, la base et la mosaïque.

La *leucoplasie* est une tache d'un blanc nacré : ce sont des zones dans lesquelles il y a une kératinisation si importante que vous avez une tache blanche à travers laquelle on ne voit pas les vaisseaux. Mais il faut bien savoir que d'un examen à l'autre les aspects peuvent varier parce que cette couche d'hyperkératose peut desquamer, soit spontanément, soit sous l'influence du coup de balai du petit tampon de coton, et vous apercevez alors en-dessous, à sa place, soit *l'aspect dit de mosaïque...* celui que vous avez dans cette partie supérieure... vous avez une série de polygones dont les bords sont constitués par une série de points rouges traçant les contours de ces polygones, ou bien vous avez *l'aspect dit de base de leucoplasie* (parce que c'est celui qu'HINSELMAN avait observé le plus souvent à la suite des leucoplasies abrasées).

C'est une zone blanchâtre, ponctuée de gros points rouges disposés en quinconce.

6e *Projection.* — Voici maintenant une autre image dont le but est de vous montrer que ces altérations dysplasiques du col peuvent dans certains cas être extrêmement étendues, puisqu'autour de cet ectropion circulaire vous avez une collerette immense de mosaïque... et, dans certaines zones, de la base et de leucoplasie.

7e *Projection.* — Ceci, c'est le test de SCHILLER de la première image dysplasique que je vous ai montrée tout à l'heure. Je vous ai montré cette image pour deux raisons :

— la première, pour vous montrer que cela correspond bien à une zone iode-négative à contours nets, comme tracée à la pointe du scalpel. mais aussi pour vous montrer que quand on a fait le test de SCHILLER, il n'est plus possible de dire s'il s'agit de leucoplasie, de base ou de mosaïque, ou de zone iode-négative sans autre particularité.

8e *Projection.* — Ici, cela commence à prendre « une sale tête ». Il s'agit d'une mosaïque dans la partie basse. Vous avez là un dessin de base avec des gros points rouges, mais en certains points vous avez un nouveau caractère qui apparaît : vous avez des lésions qui sont *bosselées, irrégulières.* Toute lésion qui est en déniveilation, qui est bosselée, qui n'est pas sur le niveau même du col est déjà par cela même plus ou moins suspecte parce qu'elle montre un certain potentiel prolifératif ajouté. Et si, en plus de cela, vous constatez que les vaisseaux sont de calibres irréguliers et en tire-bouchons, cela sera un deuxième signe faisant soupçonner le caractère malin de ces lésions.

9e *Projection.* — Un autre aspect également très suspect : les digitations ont un aspect plus ou moins vitreux. Là aussi vous devez craindre beaucoup qu'on ne soit sur le chemin du cancer vrai.

10e *Projection.* — Voici, pour terminer, le cancer vrai ulcéré classique. Mais la colposcopie montre que l'ulcération cancéreuse est entourée d'une zone de base : il est important de savoir que des aspects d'épithélioma intra-épithélial existent assez souvent sur une zone périphérique, plus ou moins large, autour des cancers vrais invasifs, ce qui peut être à l'origine d'erreurs de diagnostic, et aussi d'interprétation erronnées sur l'extention réelle du cancer.

Aussi donc, *la colposcopie permet d'éviter un bon* nombre de biopsies en identifiant comme telles les ectopies, les atrophies et les inflammatoires. Par contre il faut toujours biopsier les leucoplasies, les bases, les mosaïques et d'une manière plus générale, toutes les taches iodenégatives à contours nets. Et quand vous avez fait la colposcopie vous savez en général QUEL EST LE POINT LE PLUS SUSPECT. En particulier, les *zones de mosaïque* traduisent certainement, du point de vue structural, une tendance à l'évolution en profondeur, dans les glandes ou dans le stroma, et doivent faire l'objet d'une biopsie. De même si

ODETTE ZEAU

Infections oculaires otites · sinusites

AURÉOMYCINE SPECIA

POUR INSTILLATIONS

Nouvelle formule

PERMET D'OBTENIR UNE SOLUTION

SE CONSERVANT HUIT JOURS

à l'abri de la lumière et à une température inférieure à 20°



1 à 2 gouttes toutes les deux heures

LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES
RHÔNE Specia POULENC
PARIS
INFORMATION MÉDICALE
28, COURS ALBERT 1er · TÉL. BAL. 10-70
Boîte postale 490-08 · Paris 8e

dans une zone vous avez des *bosselures* et en particulier si ces bosselures ont un *aspect un peu vitreux,* ou des vaisseaux *en tirebouchon,* vous avez là une zone plus suspecte que les autres.

Jusqu'à présent chaque fois que nous avons dirigé la biopsie localisée sur les données de la colposcopie (à une exception près, je crois, en trois ans) nous sommes tombés d'emblée sur le point qui était réellement le plus suspect d'après les vérifications ultérieures par des biopsies plus larges ou répétées. *La colposcopie permet presque à tout coup de tomber d'emblée sur l'endroit le plus suspect* à une condition naturellement, c'est que le point le plus évolué ne soit pas à l'intérieur du col.

Toutefois la *colposcopie ne décèle pas plus de zones suspectes que le test de* SCHILLER. Par conséquent, pour la DÉTECTION des lésions suspectes, la colposcopie n'est pas indispensable.

Deuxième chose non moins certaine : *la colposcopie ne permet pas d'affirmer le caractère bénin, suspect ou malin des lésions dysplasiques* que nous venons de voir. Elle permet seulement de dire que *certains aspects sont plus suspects que d'autres* et de diriger la biopsie sur l'endroit le plus suspect de tous.

Par conséquent, chaque fois que le test de SCHILLER, ou le frottis, ont décelé une lésion cervicale suspecte, celle-ci doit faire l'objet d'une biopsie. *Chaque fois qu'il y a une dysplasie, vous devez faire une biopsie et vous devez la faire sur l'endroit le plus suspect d'après l'aspect colposcopique.*

Et ensuite ? Eh bien, ensuite la conduite à tenir dépend un peu du tempérament national ou personnel de chacun.

En Suisse, quand on voit une dysplasie cervicale, même suspecte, on la regarde, on la dessine, on la photographie, et si l'histologiste dit que ce n'est pas un cancer on reconvoque la femme pour trois mois plus tard si elle est vraiment suspecte, 6 mois plus tard si elle est un peu suspecte, un an plus tard si elle paraît pas suspecte, et les dames suisses viennent régulièrement, quand on les convoque, se soumettre à un nouvel examen colposcopique jusqu'au jour où on dit : cela tourne mal, il vaut mieux enlever cet utérus, — et évidemment cela n'arrive que sur une femme sur 10 environ, les autres ayant échappé à toute agression sur leur col.

En France, malheureusement, quand on convoque les femmes pour des colposcopies de contrôle, elles viennent une fois, ou deux, puis quand deux fois de suite on leur a dit que ça ne va pas plus mal, la troisième fois elles ne viennent pas, et malheureusement quelquefois on les voit plus tard avec un cancer invasif.

Par conséquent, cette conduite des contrôles colposcopiques périodiques est bonne dans certains pays, ou dans certaines régions; elle est mauvaise dans d'autres.

Il semble qu'une dysplasie bénigne, qu'une atypie épithéliale simple ne se transforme presque jamais en cancer; si, par conséquent, votre biopsie a réellement porté sur la lésion suspecte, s'il n'y a pas une autre zone qui est différente ailleurs, vous pouvez être parfaitement conservateur, prendre un schéma très précis de la lésion et dire : revenez nous voir dans un an. Si un an après cela n'a absolument pas bougé, si le frottis est normal, si tout paraît normal, vous pouvez dire : vous reviendrez dans deux ans, et ainsi de suite.

Par contre, si l'histologiste a répondu : lésion à surveiller ,ou lésion suspecte, alors, je le répète, la conduite qui se défend en Suisse l'expérience montre qu'elle ne se défend pas à Paris. Les malades ne reviennent pas, ou alors elles s'affolent et vont chez un autre qui leur dit : lésion suspecte... il faut enlever l'utérus, et qui l'enlève. Je crois personnellement que dans ces cas-là il faut, suivant l'extension et le degré plus ou moins suspect de la biopsie et des frottis, suivant l'âge de la femme, suivant le fait qu'elle désire ou ne désire pas des enfants, se décider soit *pour la biopsie exérèse à l'anse diathermique*, si la lésion est une lésion relativement localisée pouvant être enlevée par quelques traits de l'anse diathermique, — ou bien *pour une amputation conoïde* du col si la lésion est plus ou moins circulaire et occupe une partie assez importante du col, en enlevant naturellement un cône endocervical qui sera coupé par l'histologiste pour vérifier l'absence de lésions suspectes dans une certaine étendue à partir de la section supérieure, — ou bien, enfin, *pour l'hystérectomie*, si l'utérus par ailleurs présente d'autres lésions et que l'on juge plus simple de supprimer tout risque utérin.

En somme, à l'heure actuelle, nous sommes bien outillés pour étudier et découvrir la plus minime de l'exocol, MAIS IL RESTE LE CANAL CERVICAL. Il n'est pas douteux que dans un certain nombre de cas les dysplasies suspectes, les épithéliomas intraépithéliaux ont une partie de la lésion qui glisse à l'intérieur du canal cervical, et que dans certains cas la destruction de toute la lésion visible ne représente pas la guérison complète de la maladie; nous avons actuellement deux cas dans lesquels, après biopsie exérèse très étendue les frottis sont restés positifs. On est amené de ce fait à pratiquer secondairement soit une hystérectomie, soit une amputation haute du col qui permet de déceler la persistance de l'épithélioma intra-épithélial à l'intérieur du col. C'est vous dire que le contrôle périodique des malades ayant subi une intervention localisée pour une dysplasie suspecte ou un épithélioma intra-épithélial comporte non seulement le test de SCHILLER, l'inspection du col, mais toujours et systématiquement des frottis et en particulier, en plus du frottis vaginal, *toujours un frottis endocervical* qui est indispensable dans ces contrôles périodiques.

Voilà, je crois, les principaux points sur lesquels je tenais à insister aujourd'hui. Vous voyez que ce n'est pas pour dire que la colposco-

pie est une chose indispensable ni supérieure aux autres. Je crois que la colposcopie a avant tout comme intérêt de permettre de placer d'emblée la biopsie au meilleur endroit possible et qu'elle a un gros intérêt aussi pour suivre des cols suspects si on ne les enlève pas.

Mais je reconnais *qu'en associant le test de Schiller et les frottis,* on peut se passer de la colposcopie dans une certaine mesure, à condition de multiplier les prélèvements biopsiques sur toutes les zones iode-négatives à contours nets en cas de frottis suspects. Mais je crois aussi, que ceux qui se donneront la peine d'apprendre la colposcopie en tireront avantage pour eux-mêmes et pour leurs malades.

INNOVATIONS innothéra THÉRAPEUTIQUES
MUCINUM
LAXATIF DOUX
1 à 2 comprimés par jour
INNOTHÉRA, 54, AVENUE PAUL-DOUMER, ARCUEIL (SEINE)
TUNISIE : SPECIMEDHY, 37, Rue d'Isly — TUNIS

DORMIR ET TRAVAILLER AU MILIEU DES BRUITS
Boules QUIES
EVITER LES OTITES EN NAGEANT
Laboratoires " QUIES " 8, Rue Auguste-Chabrières - PARIS XV.
ÉCHANTILLON A TOUTE DEMANDE QUI SE RECOMMANDERA DE CE JOURNAL

CORTINE NATURELLE

AMPOULES
"20 g. et 125 g."
DRAGÉES
SUPPOSITOIRES

LAROCHE-NAVARRON

63 RUE CHAPTAL
LEVALLOIS - SEINE - PER. 61-35

OSMOTOL



TRAITEMENT RÉSOLUTIF DES OTITES AIGUËS (OTITE HYPEREMIQUE, OTITE EXSUDATIVE AIGUE).
L'OSMOTOL RÉALISE PAR OSMOSE LE DRAINAGE A TRAVERS LE TYMPAN, DE L'EXSUDATION INFLAMMATOIRE, PROVOQUANT AINSI LA DÉCONGESTION DES TISSUS ENFLAMMÉS.

AUBENAS — CHAUVIN BLACHE — ARDÈCHE

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

Les stérilités par insuffisance de pénétration spermatique

par Raoul PALMER (Paris)

—o—

(Conférence faite en avril 1954)

—o—

Un fait expérimentalement acquis est la nécessité habituelle pour la fécondation d'*un* ovule par *un* spermatozoïde de la pénétration *massive* de plusieurs millions de spermatozoïdes dans l'utérus, et pour cela du dépôt dans le vagin de plusieurs dizaines de millions de spermatozoïdes valeureux.

Le fait a été démontré en particulier sur de nombreuses espèces animales par des inséminations artificielles intra-vaginales et intra-utérines avec des concentrations spermatiques décroissantes; au-dessous d'une certaine concentration, l'échec est de règle.

Chez l'homme, FARRIS a de même conclu à l'échec habituel de l'insémination *intra-utérine* directe quand la concentration en spermatozoïdes *valable* était au-dessous de 20 millions par cm3.

Tels sont les faits. Quant aux *explications,* il en est deux principales : L'une est celle de FARRIS, admettant qu'il n'existe aucun facteur de tropisme dirigeant les spermatozoïdes vers l'ovule, la rencontre ne résultant que du seul hasard. L'autre met aussi en cause le taux d'hyaluronidase dans le sperme, qui est en général parallèle à la concentration en spermatozoïdes, mais le rôle de celle-ci dans la fécondation proprement dite est encore discuté, et MOUCART ne croit plus à la nécessité d'un essaim de spermatozoïdes partant à l'assaut de la couronne péri ovocytaire pour en dissocier les cellules.

Reste à savoir ce qu'il faut entendre par un *spermatozoïde valable,* et profitons-en pour revoir ce qu'il faut exiger du Laboratoire dans un COMPTE-RENDU D'EXAMEN DU SPERME.

Rappelons tout d'abord les règles du recueil : le sperme peut-être recueilli par masturbation ou par rapport interrompu (en veillant à ne pas dilapider le premier jet, qui est le plus riche) dans un bocal en verre ou en porcelaine stérilisé (sans emploi d'antiseptique) et sec. L'emploi de condoms est l'occasion de faux diagnostics de nécrospermie. L'examen doit être fait après une abstinence de 3 ou 4 jours.

Le premier examen a lieu d'une demi heure à deux heures plus tard. Il comporte en général :

1° *Mesure de la quantité* (Q), normalement 2 à 5 cm3. Une quantité trop faible (moins de 1 cm3) peut être défavorable, même si le sperme est très concentré.

2° *Numération des spermatozoïdes* à l'hématimètre après dilution avec un liquide fixateur et homogénéisation : normalement 60 à 120 millions par cm3.

3° *Etude de la motilité :* Sur une préparation d'orientation, entre lame et lamelle, on juge grossièrement la concentration, et les pourcentages approximatifs en spermatozoïdes immobiles, peu mobiles et bien mobiles, les agglomérations, les cellules rondes, les débris, etc.

Pour une *étude réelle de la motilité,* il faut comme FARRIS, diluer le sperme au 1/10 avec du liquide de Ringer, ce qui élimine les fausses asthénospermies par hyperviscosité, et ne compter comme *bien mobiles* que les spermatozoïdes présentant alors une *motilité progressive assez rapide,* leur faisant traverser le champ en quelques secondes. Le laboratoire donne alors le pourcentage de spermatozoïdes bien mobiles, peu mobiles et immobiles. Il doit normalement y avoir plus de 45 % de spermatozoïdes *bien mobiles.*

4° *Pourcentage de formes anormales.* Là encore règne la plus grande fantaisie dans les analyses. En fait 2 seuls types d'anomalies sont intéressants à connaître, *les anomalies céphaliques* qui traduisent une malfaçon, et la persistance de débris cytoplasmiques importants, qui traduit un défaut de maturité. Les premières surtout sont importantes et doivent être numérées sur frottis, de préférence à l'immersion. Rappelons l'aspect du spermatozoïde normal : la tête, ovulaire de face, en grain de blé de profil, a environ 5 μ de long et est séparée en 2 moitiés à peu près égales, l'une antérieure claire, l'acrosome, l'autre postérieure sombre, le noyau. Tout spermatozoïde qui s'éloigne nettement de ces caractéristiques est un spermatozoïde anormal. Il y a toujours un pourcentage appréciable de spermatozoïdes anormaux même dans le sperme le plus normal; mais le pourcentage *n'en doit pas excéder* 30 %.

5° *Durée de la motilité :* C'est une erreur de laisser le sperme dans son bocal d'origine, car il subit alors une dessication et une oxygénation intenses. Pour juger sainement de sa durée de vitalité il faut en recueillir un demi cm3 dans une petite seringue de 1 cm3, et voir les pourcentages de motilité après 8 h. et 24 h. Normalement, dans ces conditions, on trouve encore près de la moitié des spermatozoïdes mobiles après 24 h. et même 48 heures. Une disparition de la motilité après 8 heures est franchement pathologique.

6° *Autres tests :* D'autres tests ont été proposés sur les spermes en apparence inertes, test de reviviscence de Joël au chlorure de magnésium glucose, coloration à la nigrosine, etc. Il y a aussi l'épreuve au bleu de méthylène, le dosage de l'hyaluronidase, les tests de résistance de Weisman à l'acide lactique, etc.

7° *Le test du mucus cervical :* En réalité, pour nous, le seul test de valeur est le mucus cervical, in vitro et surtout in vivo. Le mucus représente un filtre très sévère qui ne laisse passer que les spermato-

zoïdes les plus vigoureux. Par contre, dans notre expérience, *tout mucus cervical bien filant est pénétrable par des spermatozoïdes normaux et bien mobiles.* (Nous disons qu'un mucus cervical est *bien filant* quand, saisi entre les mors d'une pince à pansement, il s'étire quand on ouvre celle-ci, en un fil de plus de 8 cm de long). Le *test in vitro* consiste à placer entre lame et lamelle une goutte de mucus, puis à laisser pénétrer le sperme sous la lamelle par capillarité, enfin à sceller les bords avec de l'huile de vaseline, pour empêcher la dessication. On étudie la lame au bout de 2 heures. A ce moment, on trouve normalement un certain nombre de spermatozoïdes bien mobiles dans le mucus, une zone intermédiaire de spermatozoïdes mobiles sur place, et un sperme très appauvri en spermatozoïdes mobiles. En cas de sperme déficient la pénétration est pauvre ou nulle.

Ce test in vivo est toujours plus ou moins troublé par la coagulation du mucus in vitro. Quant *aux tests in vivo* (test post coïtal, test de l'insémination) nous en parlerons plus loin.

Au total, les données précises que *doit fournir* le Laboratoire sont :

— Q : la quantité du sperme;
— N : le nombre de spermatozoïdes par cm3;
— M : le pourcentage de spermatozoïdes à motilité progressive vraie;
— A : le pourcentage de spermatozoïdes à morphologie céphalique anormale;
— : D : la durée d'activité (pourcentage de spermatozoïdes bien mobiles après 8 et 24 heures anaérobiose.

On signalera aussi s'il y a beaucoup de spermatozoïdes immaturés, de cellules de la spermatogénèse, de leucocytes, de débris, etc...

On parlera d'*oligospermie* quant il y a moins de 60 millions de spermatozoïdes par cm3, d'*asthénospermie* quand il y a moins de 45 % de spermatozoïdes bien mobiles et ou que l'activité a baissé de plus 50 % au bout de 8 heures, d'*anomospermie* s'il y a plus de 30 % de spermatozoïdes à morphologie céphalique anormale, de *nécrospermie* si les spermatozoïdes sont tous immobiles et ne peuvent être ressuscités par l'épreuve de Joël, d'*azoospermie* si on ne trouve aucun spermatozoïde, d'*aspermatisme* si on ne trouve aucun élément de la série spermatique. Par contre nous ne croyons guère au calcul d'index de fertilité, et, si nous devions en adopter un, le seul qui nous semble valable est celui de Farris, à savoir le *nombre global de spermatozoïdes bien mobiles dans un éjaculat après 4 jours d'abstinence.*

Par ce test, Farris distingue :

1° *des sujets de bonne fécondité* (plus de 185 millions de spermatozoïdes *bien mobiles* dans l'éjaculat) : ces sujets peuvent avoir des rapports quotidiens sans voir leur concentration baisser de façon dangereuse.

2° *des sujets de fécondité relative* (de 80 à 185 millions). Ces sujets voient leur concentration en spermatozoïdes mobiles tomber à la li-

mite au 2e jour, et au-dessous de celle-ci le 3e jour de rapports quotidiens.

3° *des sujets de fécondité diminuée* (subfertiles dans la terminologie américaine) quand il y a moins de 80 millions de spermatozoïdes bien mobiles : ces sujets ont peu de chances de féconder leur partenaire, même si le rapport tombe le jour de l'ovulation après 4 jours d'abstinence.

Or, dans les statistiques de FARRIS, les mâles américains de haute fertilité ne constituent que 36 % du contingent, 49,5 % ne sont que relativement féconds, et 14, 5 % subfertiles. Il n'existe pas de statistique analogue de ce côté de l'Atlantique, mais ces faits ont très évidemment une incidence importante sur le caractère plus ou moins massif de la pénétration spermatique, donc sur la proportion des grossesses et surtout sur la rapidité de leur obtention.

QUELS MOYENS AVONS-NOUS D'AMELIORER LA CONCENTRATION EN SPERMATOZOIDES VALABLES ?

1° — Quand un *facteur étiologique certain* a pu être décelé, son traitement peut parfois améliorer la qualité du sperme.

C'est ainsi qu'on pourra voir de grosses améliorations après le traitement d'une pyrexe à rechutes (paludisme, fièvre de Malte) d'un diabète, d'une obésité, d'une insuffisance thyroïdienne, etc.

2° — Dans tous les cas, un *changement du mode de vie*, avec suppression de surmenage et des causes d'anxiété, repos suffisant, grand air, alimentation équilibrée, représente un facteur important d'amélioration.

3° — Nous n'avons pas obtenu personnellement de résultats évidents, ni de la vitamine E à fortes doses, ni de la prégnénolone, ni de la testostérone.

4° — Le seul *traitement* qui nous ait donné des améliorations *transitoires* est la *gonadotrophine sérique* à doses fortes et brèves (5.000 U.I. 2 fois par semaine pendant 3 semaines) : l'amélioration n'a été obtenue que dans les oligoasthénospermies de degré moyen, et a permis l'obtention de quelques grossesses dans les deux mois ayant suivi le traitement.

En fait, le plus souvent, dans les cas d'oligospermie ce n'est pas tant en traitant le mari qu'on obtient des grossesses, qu'en augmentant au maximum les chances de pénétration des spermatozoïdes valables que contient son sperme.

1° — Par une abstinence de quelques jours avant la date probable de l'ovulation,

2° — par amélioration des conditions vaginales et cervicales de pénétration des spermatozoïdes.

3° — éventuellement par insémination.

Voyons maintenant les facteurs vaginaux et cervicaux qui s'opposent d'une pénétration suffisante des spermatozoïdes et leur traitement.

On peut mettre en évidence un ou plusieurs facteurs vaginaux et cervicaux dans 30% des cas de stérilité involontaire, mais ce facteur n'est le seul en cause que dans 10 % des cas au plus. Sa constatation n'en est pas moins importante, car une grossesse ne surviendra que quand ce facteur aussi aura été corrigé ou guéri.

Dans les conditions physiologiques normales, le sperme est projeté plus ou moins violemment contre le col et, si une partie ressort assez rapidement, la majeure partie se rassemble en une petite mare au niveau du cul de sac vaginal postérieur dans laquelle trempe le col.

Cette mare de spermes du cul de sac postérieur est soumise à l'action acidifiante des sécrétions vaginales et le nombre les spermatozoïdes mobiles y diminue rapidement ; au bout d'une heure, la plupart sont raides. Il faut donc que, dans ce délai, un *nombre suffisant* ait pénétré dans la glaire cervicale.

L'étude de la glaire cervicale au cours du cycle a montré que celle-ci n'est facilement pénétrable par les spermatozoïdes que pendant une phase assez courte autour de l'ovulation, celle où la glaire est à la fois abondante, fluide, et *filante*.

La filance de la glaire est une propriété complexe du point de vue physique, qui consiste dans le fait que, quand on saisit la glaire entre les mors d'une pince à pansements par exemple, et qu'on ouvre les mors, la glaire se tend en un fil qui ne se rompt qu'au bout d'un nombre variable de centimètres d'étirement (généralement plus de 8 cm. dans la période de fécondabilité). Ce maximum de filance coïncide avec un minimum de résidu sec (Bartman), un minimum de l'indice réfractométrique (Moricard) et un maximum d'images de feuilles de fougère par cristallisation de la glaire (Campos da Paz). En phase post menstruelle, la glaire cervicale est peu abondante et peu filante; elle est abondante et bien filante normalement du 12e au 15e jour environ (du cycle de 28 jours); rapidement ensuite elle devient peu abondante, non filante, d'apparence coagulée. Nous avons pu démonter que, si l'apparition de la glaire filante est due à l'action des œstrogènes sur les glandes cervicales, sa disparition est due à l'action antagoniste de la progestérone. La glaire cervicale, même bien filante est un filtre sévère qui ne laisse passer que les spermatozoïdes les plus vigoureux. C'est pourquoi nous pensons que la non pénétration dans une glaire cervicale filante normale doit toujours faire penser à une asthénospermie latente.

JUGLANE

PILULES ANTIDIABÉTIQUES
A BASE D'EXTRAIT DE NOYER

BAUME ADOL

POMMADE ANTIRHUMATISMALE

GOUTTES ADOL

GOUTTES ANTISPASMODIQUES

POTION ADOL

SIROP ANTINÉVRALGIQUE

Dépôt et Echantillons sur demande

Laboratoires du JUGLANE & ADOL Réunis
8, Rue Jaboulay - LYON

La *présomption* de l'existence de facteurs cervicaux dans un cas de stérilité peut se baser sur l'aspect opaque ou coagulé de la glaire, l'étroitesse ou la mauvaise orientation de l'orifice.

La certitude ne peut être basée que sur L'EXAMEN POST-COITAL DE LA SECRETION ENDOCERVICALE. Séguy en a bien précisé les conditions : l'examen doit porter sur la sécrétion endocervicale, 12 à 20 heures après un coït en période d'ovulation.

Reprenons un à un ces différents points :

1° L'examen doit porter sur la *glaire endocervicale*. En effet, on peut trouver des spermatozoïdes plus ou moins mobiles dans la glaire recueillie contre l'orifice cervical, mais il peut s'agir d'un film spermatique superficiel, qui ne prouve pas la possibilité de la pénétration. Pour recueillir la glaire endo-cervicale, il faut, après avoir mouché l'orifice avec un tampon monté, ou bien faire l'expression du col avec les valves du speculum de Cusco et recueillir à la pince la glaire d'expression (c'est ce que nous faisons le plus souvent), ou bien (si la manœuvre précédente n'a pas réussi) aspirer la glaire endo-cervicale avec une canule assez grosse dans l'intérieur du col.

2° L'examen doit avoir lieu de préférence 12 *à* 20 *heures après le coït*. En effet, dans les 2 premières heures, il y a contre l'orifice cervical, un mélange de mucus et de sperme qui peut donner de fausses images de pénétration par entraînement lors des manœuvres de prélèvement.

3° L'examen doit avoir lieu *dans la période d'ovulation*. C'est là la condition la plus difficile à réaliser avec certitude, puisque nous ne possédons aucun test direct et certain d'ovulation, mais seulement des tests indirects. En pratique, si la femme a des cycles assez réguliers, on la convoquera d'abord 15 jours avant la date probable des règles, ayant eu un rapport la veille au soir de préférence. On lui demandera, pour contrôler la date, de noter la température rectale chaque matin dès le réveil.

On sait en effet que, chez les 2/3 des femmes, environ, on obtient ainsi une courbe très claire, avec une température au-dessous de 37° en phase lutéale, l'ovulation semblant correspondre soit au dernier jour de température basse, soit au premier jour de la période intermédiaire de décalage thermique. Si l'examen est défavorable, on le recommence tous les 2 jours jusqu'à ce que l'on ait de bonnes raisons de penser que la période ovulaire est dépassée (ascension thermique, modifications caractéristiques de la glaire cervicale et du frottis vaginal). La glaire peut dans certains cas n'être favorable que pendant 1 ou 2 jours; toujours elle présente un maximum net d'abondance et de filance lors de l'ovulation. Si elle n'est pas un test certain d'ovulation, elle est certainement un des meilleurs signes de sa date probable dans le cycle.

Normalement, quand le sperme est bon et la glaire normale, on doit trouver dans la glaire plus de *dix spermatozoïdes mobiles par champ;* le test est alors dit positif riche. Il est dit positif *pauvre* quand il y en a moins de cinq, *déficient,* quand on ne trouve que des spermatozoïdes immobiles, *négatif* quand on n'en trouve pas.

Quand on n'a pas pu obtenir, pour une raison ou pour une autre, l'examen direct du sperme, l'examen post-coïtal peut y suppléer dans une certaine mesure. D'après les recherches de Mme E. PALMER, si le test est positif, il y a 9 chances sur 10 que le sperme soit normal en qualité (mais pas toujours en quantité; il y a un quart d'oligospermies méconnues); si le test est négatif, avec une glaire filante normale, il y a 9 chances sur 10 que le sperme soit franchement mauvais; si le test est déficient, aucune conclusion nette n'est possible.

Un test positif riche exclut donc en pratique l'existence d'un facteur masculin et l'existence de facteurs vaginaux et cervicaux à la stérilité.

Un test négatif ou déficient doit amener à étudier de plus près le sperme et la glaire cervicale.

En pratique, la cause la plus fréquente d'imperméabilité du mucus cervical aux spermatozoïdes est l'*endocervicite.* Nous sommes restés fidèles à ce terme, malgré les reproches de DUREL, parce que nous voyons assez souvent des femmes ayant une exocervicite muco-purulente très spectaculaire, dont la glaire endo-cervicale est à peu près propre et contient des spermatozoïdes après rapport. C'est donc le caractère de la glaire endo-cervicale qui seul importe vraiment pour les chances de fécondation. Ceci ne veut pas dire qu'il ne faut pas traiter les exocervicites, bien au contraire, car on risque toujours de créer des accidents infectieux lors de toute manœuvre intra-utérine.

En cas d'*endocervicite* la glaire est généralement muco-purulente, opaque, et habituellement non filante. Microscopiquement c'est une purée de polynucléaires ou bien il y a des traînées plus ou moins abondantes de polynucléaires et de cellules endo-cervicales desquamées et agglutinées. Avant de poser sur la constatation de polynucléaires nombreux, à l'examen microscopique extemporané de la glaire, un diagnostic d'endocervicite probable, il y a lieu de se rappeler qu'il y a normalement des polynucléaires et des cellules endo-cervicales en assez grand nombre (mais non agglutinées) dans la glaire coagulée de la phase lutéale du cycle; en cas de doute, on attendra la prochaine phase folliculaire avant d'entreprendre une thérapeutique anti-infectieuse.

L'étiologie de ces endocervicites, généralement discrètes, des femmes stériles est souvent imprécise. Le gonocoque n'est pas retrouvé dans plus de 20 % des cas au grand maximum. Les cultures donnent des résultats variables; souvent pluri-microbiens (coli, entérocoques,

staphylocoques, etc). Les endocervicites sont facilement récidivantes et guérissent parfois spontanément.

Nous obtenons leur guérison apparente dans 80 % des cas par la dihydrostreptomycine seule (1 gramme par jour, 5 jours consécutifs) dans 90 % des cas par l'association DHS-bipénicilline. Nous n'avons pas l'impression de les guérir plus sûrement si nous avons fait établir un diagnostic culturel et un anti-biogramme.

En cas d'échec du traitement ci-dessus, mais dans ce cas seulement, nous avons recours aux *infiltrations locales* dans la zone glandulaire du col, par la technique que nous avons décrite en 1942 pour la sulfapyridine diluée au tiers, et que nous utilisons actuellement en diluant 1 gr. de DHS ou 100.000 unités de pénicilline dans 10 cm3 d'eau distillée, qu'on répartit en 4 injections traçantes sous la muqueuse endocervicale à 2 h., 4 h., 8 h. et 10 h.; il faut une aiguille assez longue, bien piquante et solidement amarrée à la seringue; on fait 3 séances à 48 h. d'intervalle, de préférence dans la semaine post-menstruelle.

Par contre, nous croyons qu'il faut, dans toute la mesure du possible, *éviter de recourir à la diathermo-coagulation endo-cervicale* dans les cas de stérilité avec facteur cervical; il ne faut pas détruire les glandes, mais les guérir, car l'absence de glaire cervicale est un facteur très défavorable de la fécondation (les grossesses sont rares après les amputations du col).

Si, après le traitement d'une endocervicite la glaire reste obstinément peu filante et riche en cellules endo-cervicales, la seule ressource thérapetique est alors l'*insémination intra-corporéale* avec quelques gouttes de sperme (moins de 1/2 cm3) déposées jusque au-dela de l'isthme, et encore les succès, dans ces cas, avec plusieurs mois d'essais ne dépassent pas 30 % des cas.

En dehors de l'endocervicite, il a aussi les cas D'INSUFFISANCE DE LA GLAIRE CERVICALE, qui n'est jamais assez abondante et filante, pour permettre la pénétration d'un nombre suffisant de spermatozoïdes. Si on l'a vraiment vérifié, au besoin par des examens quotidiens, pendant la phase intermenstruelle on aura recours à l'association de :

1° l'administration d'œstrogènes à dose modérée dans les 2, 3 jours précédant la date probable de l'ovulation (1 ou 2 mmgr. de benzoate d'œstradiol par jour, ou un traitement équivalent; mais il faut savoir que chez certaines femmes ce traitement peut provoquer un retard ou un blocage d'ovulation, et il faut toujours contrôler ce qui se passe par la courbe thermique);

2° la prescription d'irrigations vaginales modificatrices à prendre avant les rapports, et destinées à supprimer momentanément l'acidité

vaginale tout en fournissant aux spermatozoïdes un milieu agréable nous prescrivons :

— Chlorure de sodium 8 gr.
— Chlorure de potassium
— Chlorure de calcium
— Chlorure de magnésium
} aa gr. 0,20

— Bicarbonate de soude
— Glucose
} aa 1 gr.

Pour un paquet à garder à l'abri de l'humidité.

(Un paquet pour un litre d'eau bouillie tiède).

L'expérience nous a montré qu'on *décuplait* ainsi le nombre des spermatozoïdes pénétrant dans la glaire.

Il y a encore les *sténoses du col*, congénitales ou acquises. On n'a le droit de les incriminer que si on a réellement vérifié l'absence ou l'insuffisance évidente de la pénétration cervicale des spermatozoïdes, et essayé sans succès le traitement indiqué ci-dessus pour l'insuffisance de la glaire. En cas d'échec on pourra essayer d'abord d'une dilatation (à l'aide de la canule à insufflation) la veille ou le jour supposé de l'ovulation. Si une *stomatoplastie* s'avère nécessaire, nous ne recourrons à la stomatoplastie chirurgicale que s'il y a en même temps une indication nette à la pose d'un tube intra-utérin (hypérantéflexion avec sténose de l'isthme). Sinon, nous faisons la *stomatoplastie ambulatoire au bistouri électrique*, telle que nous l'avons décrite en 1944 : le col étant bien exposé par un spéculum court, on fend de chaque côté la commissure sur la moitié de la hauteur du museau de tanche, et, si les tranches saignent, on les électro-coagule à la petite boule.

LA DEVIATION DU COL EN AVANT qui accompagne les rétroversions complètes peut, dans certains cas gêner la pénétration spermatique. On pourra essayer la correction par un pessaire, et aussi l'*insémination péri-cervicale* à l'aide d'une cupule de Whitelaw.

Dans les autres catégories de stérilité cervicale, où c'est la qualité du mucus qui est en cause, c'est à l'insémination intra-corporéale qu'il faut recourir.

Il nous reste donc à préciser les indications réelles de l'insémination artificielle et de ses différentes modalités.

1° En cas de *stérilité par obstacle endo-cervical*, on n'envisagera l'insémination qu'après échec du traitement rationnel complet des facteurs cervicaux en cause. En effet, l'expérience montre que, dans ces cas, l'insémination ne réussit pas toujours (30 % seulement des cas environ) ni tout de suite (il faut souvent des essais répétés pendant plusieurs mois). Mais, si l'imperméabilité de la glaire cervicale reste indiscutable, il ne reste comme ressource que l'insémination intra-corporéale, de quelques gouttes de sperme (moins de 1/2 cm3) juste au-delà de l'isthme à la date probable de l'ovulation, avec évidemment une asepsie rigoureuse, et suivie d'un repos allongé d'une demi-heure.

2° En cas de *stérilité par oligospermie ou par étroitesse ou mauvaise orientation du col,* ou les deux à la fois, on a le choix entre 2 techniques moins dangereuses :

1° l'insémination cervicale par projection du sperme contre ou dans la glaire cervicale, par saccades, suivie de repos en position légèrement déclive, pour que le col continue à tremper dans la mare de sperme;

2° l'insémination péri-cervicale, à l'aide des cupules de Whitelaw; le sperme, placé dans la cupule, peut ainsi rester au contact de la glaire cervicale pendant une heure ou plus, ce qui augmente beaucoup l'importance de la pénétration, à condition évidemment que la glaire soit pénétrable.

Rappelons toutefois que, même par insémination intra-corporéale, Farris n'a pas obtenu de grossesse quand la concentration en spermatozoïdes valables n'atteignait pas 20 millions par cm3.

Ces faits montrent bien que le TRAITEMENT D'UN COUPLE STERILE DOIT TENIR COMPTE SIMULTANEMENT ET CONJOINTEMENT DE FACTEURS MASCULINS ET FEMININS ETROITEMENT ASSOCIES ET INTRIQUES.

BIBLIOGRAPHIE

Farris (Edmond J.) : Human fertility and problems of the male. 1 vol. The authors press. New York - 1950.

Guillon : Endocol et endo-cervicites. Thèse, Paris 1944.

Palmer et Marcille : Le mucus cervical normal et pathologique. Gynécologie et Obstétrique 1941, t. 41, p. 455.

Palmer et Mlle Esser : Infiltration de sulfapyridine diluée dans la zone glandulaire du col. Soc. Gyn. Obst. Paris 7 déc. 1942. in G.O. 42, 232.

Palmer (R. et E.) : L'endocervicite sténosique et son traitement par la stomatoplastie ambulatoire au bistouri électrique. Soc. Gyn. Obst. Paris, juin 1944. in G.O. 44. 198.

Palmer (R. et E.) : La stérilité involontaire. 1 vol. Masson édit. Paris 1950.

Palmer et Dorangeon : Traitement de la Stérélité masculine par la gonadotrophine sérique à doses fortes et brèves. Soc. Endocrinologie. Juin 1952. in Annales d'Endocrinologie.

Palmer (R. et E.) : Examen post-coïtal. Valeur et interprétation. Rapport Premier Congrès Mondial de Fertilité et stérilité, New-York. 26 mai 1953.

Séguy et Vimeux : Les 3 tests Séguy-Vimeux. Semaine des Hôpitaux, 23 mai 1946, t. 22. p. 907.

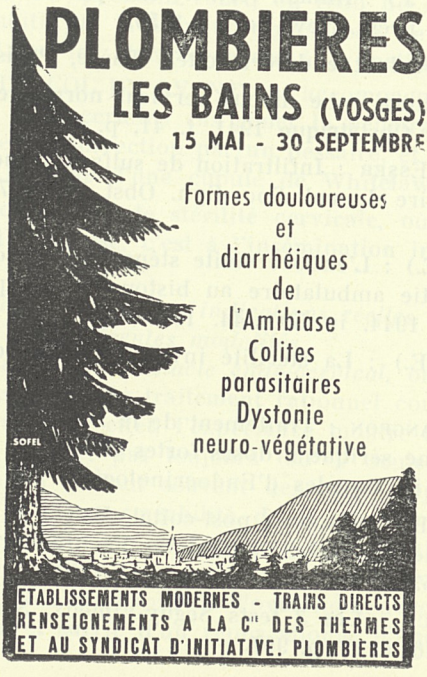
Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Tunisie

SEANCE DU 20 MARS 1954

A propos de 15 cas d'éclampsie,
par M. G. VALENSI.

Cancer du col et grossesse,
par M. H. JAHAN.

Sur deux cas d'éclampsie traités par l'hibernation artificielle,
par MM. J. SCEMLA, L. FOUQUET et VAILLANT.



A PROPOS DE 15 CAS D'ECLAMPSIE

par le Dr G. VALENSI

L'Eclampsie est devenue en France une maladie rare, grâce à une prophylaxie pré-natale bien organisée. Nos collègues parisiens qui nous l'ont assuré, disent aussi que de ce fait ils ne sont pas toujours en mesure d'éprouver la valeur des traitements proposés récemment par certains Auteurs : associations anti-histaminiques et Diparcol, 4560, voire même hibernation.

En Tunisie, hélas, la prophylaxie étant encore au stade primitif, nous observons encore dans les services hospitaliers de trop nombreuses éclampsies, ce qui nous a permis d'essayer l'action de ces nouvelles substances et d'en comparer les effets à ceux des traitements « classiques ».

Nous avons cru intéressant de rapporter ici, une série de 15 cas observés au cours de ces deux dernières années dans notre service de l'Hôpital Charles Nicolle, dont les 5 premiers ont été traités par les moyens habituels et les autres ont « bénéficié » des traitements récemment préconisés (à l'exclusion de l'hibernation).

ETIOLOGIE

Quelques mots d'étiologie tout d'abord :

1° **Parité** : 8 multipares sur 15, soit plus de la moitié. Ce qui ne confirme pas la notion habituellement admise de la fréquence de l'Eclampsie chez la primipare.

2° **Influence des saisons** : 12 fois les crises se sont déclenchées entre novembre et février. Les 3 autres cas n'ont été obervés qu'en pleine chaleur estivale (juillet à septembre). Nous n'avons vu aucune éclampsie printannière ou automnale. Ceci confirme donc la notion traditionnelle du rôle du froid dans le déclenchement des crises. Peut-être pourrait-on ajouter que les chaleurs excessives ont aussi une certaine influence.

3° **Age de la grossesse** : Six fois les crises sont survenues avant terme (de 6 mois et demi à la fin du 8e mois).

Sept fois à terme avant ou au cours du travail.

Deux fois dans les suites de couches.

4° Enfin, il est remarquable de noter que 13 d'entre les malades n'avaient pas été suivies pendant la grossesse et nous ont été amenées à l'hôpital pour la première fois en éclampsie confirmée.

— Une fois, la malade avait été surveillée mais n'avait pas suivi les conseils de l'accoucheur. La crise se déclencha alors, après des écarts de régime au cours d'un syndrome pré-éclamptique évident.

— La dernière enfin, suivie régulièrement pendant sa grossesse, accoucha dans le service et fit 16 heures après une crise inopinée, bientôt suivie de coma au cours duquel elle mourut.

C'est dire et redire l'importance de la prophylaxie en matière d'éclampsie. C'est d'elle que l'on peut attendre en Tunisie, comme en France, la disparition du mal, beaucoup, nous le verrons, que de l'introduction de nouveaux médicaments ou de l'imagination d'une nouvelle hypothèse pathogénique !

Cette prophylaxie est d'autant plus nécessaire et urgente à bien organiser que l'éclampsie est une maladie qui tue encore les mères et plus souvent les enfants. Ce que montre nettement notre série observée :

PRONOSTIC MATERNEL

Des mères meurent encore, puisque sur 15 cas nous avons, hélas, déploré 3 décès maternels, soit **20** % des cas. C'est loin des chiffres anciennement rapportés, mais cela ne constitue pas un grand progrès par rapport à ceux des dernières décades.

Voici très résumées les observations des femmes qui moururent :

OBSERVATION N° 1

Mme G., 6e pare, 31 ans, régulièrement suivie à la consultation prénatale de son quartier.

En fin de grossesse (début du 9e mois), œdème des 2 membres inférieurs, albuminerie importante, T. A. 17/10. On lui conseille l'admission dans le service. Pour des raisons familiales et sociales elle recule son hospitalisation de quelques jours, tout en suivant le régime (?). Elle entre en travail sur ces entrefaites et vient accoucher à la Maternité de l'Hôpital Charles Nicolle le 3-12-53. Enfant vivant, 3 kg. 580, placenta 770 gr.

16 heures après, première crise dont elle ne sort que pour entrer dans le coma. Deuxième crise une demi-heure après, coma persistant. On institue le traitement : PhénerganDiparcol alterné toutes les heures en intraveineuse, associée au Sulfate de Magnésie et Sérum Glucosé hypertonique alterné toutes les 2 heures en intraveineuse.

Le coma persiste. T. A. 14/9, puis 16/8. Oligurie. Albuminerie massive.

Huit heures après, malgré le traitement, troisième crise, suivie d'une d'une quatrième, quatre heures après, au cours de laquelle elle meurt subitement.

OBSERVATION N° 2

Mme Bent H., 4e pare, 30 ans. Jamais examinée avant l'entrée dans le service. Elle arrive en état d'éclampsie, qui aurait commencé chez elle 4 heures auparavant.

Pas d'œdèmes. T. A. 16,5/12. Elle est cyanosée, fait une crise dès son admission en salle et meurt cinq minutes après. Les bruits du cœur du fœtus étant encore perçus et la dilatation avancée, on extrait facilement par version un enfant de 2 kg. 890, qui ne put être réanimé.

Aucun traitement ne put, bien entendu être institué.

OBSERVATION N° 3

Mme X., 1er pare, 21 ans. Surveillée au cours de sa grossesse par un assistant du service.

Au 8e mois : œdème, albumine, hypertension. Le régime et le repos prescrits ne furent pas observés. Au contraire, des excès de régime répétés ont déclenché au début du 9e mois une crise d'éclampsie, bientôt suivie de deux autres. Admission à la clinique en pleine crise : T. A. 24/14, œdémie généralisée, albuminerie massive.

On institue immédiatement le traitement par le 4560 intraveineux. Malgré une chute modérée de la tension (20/10), les crises persistent, se répétant tous les 1/4 d'heure. La malade est très agitée entre les convulsions. Au bout de 3 heures, devant l'inefficacité du traitement et les bruits du cœur du fœtus étant encore bien perçus, la femme non en travail, on décide de pratiquer une Césarienne segmentaire abdominale.

Rachi-anesthésie : le liquide retiré est franchement teinté de sang, ce qui nous fait porter un mauvais pronostic. La Césarienne se passe normalement : on extrait 2 jumeaux bien portant.

On continue le 4560 intraveineux, mais à la fin de l'intervention nouvelle crise, suivie d'agitation intense et bientôt d'état de mal d'éclampsie. La femme meurt deux heures après l'intervention après un bref coma d'une demi-heure.

*
* *

Ces 3 observations sont intéressantes à plus d'un titre :

a) Elles confirment l'importance du traitement prophylactique.

Si l'une d'entre elles n'a pas été dépistée à temps, les 2 autres n'ont pu par négligence, ou par nécessité sociale, se soumettre au repos ou au régime qui leur aurait sans doute évité de mourir.

b) Elles constituent toutes un échec des divers traitements médicaux et obstétricaux, anciens ou récents.

Ni la méthode médicale classique : morphine, chloral, SO^4 Mg, Sérum glucosé, ni le 4560 à répétition, ni l'évacuation de l'utérus (spontanée dans un cas, provoquée dans l'autre) n'ont empêché la mort de se produire dans des conditions dramatiques. Cela doit à première vue amoindrir l'espoir que nous avions placé dans les nouveaux traitements. L'éclampsie, comme par le passé, reste une maladie grave, parfois au-dessus de toutes nos ressources thérapeutiques.

SÉCURITÉ
pour l'alimentation infantile

SPEDIC B 93

La sécurité d'un lait contrôlé
et les avantages
d'un lait en poudre.

NIDO
NESTLÉ



SOPAD - 18, PLACE HENRI BERGSON - PARIS 8e

Nouveau !

AEÏNE
THÉOPHYLLINE

Comprimés
Suppositoires (adultes, enfants)

LABORAL - LABORATOIRES DE L'AEINE • 6, PLACE CLICHY - PARIS 9e • PIG. 63-03

PRONOSTIC FŒTAL

Les enfants meurent plus souvent encore, puisque sur 16 enfants (il y eut un cas de gemellaire), 4 sont morts-nés. Sur les 12 vivants, 5 décédèrent dans les 8 jours. Soit 9 décès sur 16 (**55** %).

Sans doute la mortalité péri-natale n'est-elle pas la conséquence directe de l'éclampsie, mais elle en découle indirectement et on peut porter à l'actif de la maladie ce fort pourcentage global de mortalité infantile observé dans notre série.

ACTION COMPAREE DES DIVERS TRAITEMENTS

Voyons maintenant l'action des divers traitements sur l'évolution de nos 15 cas d'Eclampsie.

Précisons pour mieux apprécier nos résultats quelle fut notre ligne habituelle de conduite :

1° Dans tous les cas, un traitement médical fut institué. Celui-ci comportant chez les premières malades (**5 cas**) le traitement suivant : isolément, obscurité, chloral-morphine selon la méthode de Stroganoff, sulfate de Magnésie à 20 % et Sérum glucosé à 50 % en intraveineuse, alterné toutes les heures ou toutes les 2 heures selon la répétition des crises.

Depuis les premières publications sur l'effet des médications nouvelles : Phénergan-Diparcal d'abord, 4560 ensuite, nous avons alors essayé ces diverses substances, soit isolément, soit associées au traitement médical classique quand leur effet nous parut incertain ou nul.

8 malades furent ainsi traitées.

2° Enfin, chaque fois que cela nous parut possible ou nécessaire nous avons pratiqué l'évacuation de l'œuf par les voies naturelles ou par Césarienne abdominale (**4 cas**).

ACTION DU TRAITEMENT MEDICAL

I. — Dans les 5 cas traités selon la méthode « classique », 2 fois les crises convulsives furent rapidement jugulées. Ce qui permit chez une malade d'attendre l'expulsion spontanée d'un enfant vivant.

Chez l'autre on pratiqua cependant une Césarienne vaginale, car la femme non en travail présentait en outre une amaurose. Voici l'observation résumée de cette malade :

OBSERVATION N° 4

Mme En., 1er pare, 22 ans. N'a jamais suivi de médecin durant la grossesse. Depuis le début du 7e mois : œdème important des membres inférieurs et du visage. Au milieu du 8e mois (juillet 1952), apparition brusque de crises convulsives se répétant toutes les heures. Admission

à l'Hôpital, 4 heures environ après la première crise. Etat sub-comateux entrecoupé de petites crises. Œdème généralisée. Albumine : 10 gr. T. A. 15/11.

Institution du traitement : Chloral + Morphine, Sulfate de Magnésie et Sérum glucosé intraveineux. Très rapidement les crises cessent et la femme sort de son coma vigil au bout d'une heure et demie. Mais la femme se plaint de ne rien voir. Sans attendre l'examen du fond d'œil qui risque d'être pratiqué trop tard on décide d'évacuer l'utérus : la femme n'est pas en travail. Le fœtus paraît peu volumineux. Présentation du sommet coiffé par un bon segment inférieur et col court. On pratique, sous anesthésie très légère à l'éther, une Césarienne vaginale qui permet d'extraire par version, un fœtus vivant de 1.680 gr. Placenta 550 gr.

La femme et l'enfant sont sortis en bon état au 10e jour.

*
* *

Dans trois autres cas, les crises ont persisté malgré la poursuite du traitement.

Elles ne cessèrent qu'après l'accouchement qui survint dans les heures qui suivirent (femmes en travail dès le début des crises).

Dans ces 5 cas **nous n'avons observé aucun décès maternel.**

3 enfants naquirent vivants et survécurent jusqu'à la sortie du service.

On peut conclure de ces 5 observations que le traitement médical « classique » a été efficace 2 fois, inefficace 3 fois, et que dans l'ensemble l'accouchement a permis, soit de consolider l'amélioration, soit de la déterminer.

De toute manière, nous n'avons déploré aucun décès maternel. Trois enfants naquirent vivants et survécurent, 2 autres étaient morts-nés.

II. — Dès que nous eûmes connaissance des premières observations sur l'action de l'association Anti-Histaminique-Diparal, puis du 4560 sur l'évolution des crises d'Eclampsie, nous avons institué ces traitements exclusivement dès l'arrivée des femmes dans le service.

Nos résultats furent dans l'ensemble décévants dans les 8 cas observés et ainsi traités.

Sans doute l'action sur la Tension Artérielle fut nette et rapide dans la majorité des cas (mais pas dans tous). Par contre, l'action sur les crises fut beaucoup moins nette.

Au mieux, nous avons observé un arrêt des crises, mais celles-ci se sont toujours reproduites au bout de quelques heures (de 2 à 10 heures) malgré la continuation du traitement, et ce n'est généralement (mais pas toujours) que lorsque l'utérus fut évacué que les crises cessèrent définitivement.

Dans d'autres cas au contraire, l'évolution de l'Eclampsie s'est poursuivie malgré le traitement, les crises se rapprochant même jusqu'à

prendre le type d'état de mal éclamptique. Nous avons été obligé dans ces cas d'adjoindre au traitement primitivement institué, soit le traitement « classique », soit l'évacuation de l'utérus, soit dans un cas très rebelle la ponction lombaire qui eut un effet décisif.

Voici quelques-unes de ces observations très significatives :

OBSERVATION N° 5

Mme Bt. S., 4e pare, 23 ans. Entre dans le service en crise d'éclampsie.

Pas de précision sur la date des règles. Hauteur utérine : 28 cm. Col long et fermé. Présentation céphalique mobile. B d c + Œdèmes des membres inférieurs. T. A. 22/13. Albumine + +, Phénergan-Diparcol alterné toutes les heures. La femme ne fait plus de crises. La T. A. reste à 22/13. 7 heures après, malgré le traitement, nouvelles crises. On adjoint le traitement : Chloral, Sulfate de Magnésie, Sérum glucosé.

Heureusement la femme entre rapidement en travail et accouche 4 heures après d'un **enfant mort-né.**

Suites des couches normales.

OBSERVATION N° 6

Mme Bt. A., 1er pare, 16 ans. Admise dans le service le 29 janvier 1953 pour Eclampsie.

T. A. 15/10. Albumine 2,50. Elle aurait eu 4 crises depuis la veille. Hauteur utérus 30 cm. Dilatation complète, sommet engagé. Forceps. Extraction d'un enfant vivant de 2 kg. 640. Placenta 340 gr. T. A. 13/9, malgré l'institution dès son entrée du traitement Phénergan-Diparcol, les crises se reproduisirent **toutes les heures** durant 6 heures environ. Ce n'est que progressivement que le lendemain l'état de la femme s'est amélioré.

Suites des couches anormales, caractérisées par un état délirant hallucinatoire ayant nécessité son passage dans le service des maladies mentales, d'où elle n'est sortie qu'un mois après, en bon état.

OBSERVATION N° 7

Mme Bt. M., 1er pare, 19 ans.

Enceinte de 7 mois environ (H. U. 28 cm.) a eu trois crises d'Eclampsie chez elle qui nécessitent son admission dans le service le 5 janvier 1953.

Œdèmes du visage et des membres inférieurs. T. A. 17/14. Albumine : plus de **12 grammes.** Col en voie d'effacement. Présentation céphalique. B d c +.

Traitement : 4560 intraveineuse et Césarienne vaginale, extraction d'un enfant vivant de 1.830 gr. qui vécut 3 jours.

Malgré la poursuite du traitement médical, malgré l'évacuation de l'utérus, les crises se sont répétées à 2 heures d'intervalle d'abord puis

plus rapprochées, tous les 1/4 d'heure durant 5 heures. On adjoint alors le traitement : Chloral, Sulfate de Magnésie + Sérum glucosé. Les crises persistent 3 heures encore.

On pratique alors une P. lombaire qui ramène un liquide clair hypertendu et qui fait cesser immédiatement les crises. La femme reste dans le coma, et en sort au bout de 12 heures environ.

Suites de couches normales.

*
* *

Dans les autres observations nous n'avons noté aucune action sur les crises ni de l'association Anti-Histaminique-Diparcol, ni avec le 4560 (voir entre autres l'Observation N° 3).

Notre impression est donc que l'introduction de ces nouvelles substances de synthèse, n'a pas sensiblement modifié la physionomie ni le pronostic de l'éclampsie. Tout au plus, peut-on noter l'action indiscutable dans un grand nombre de cas du 4560 sur la Tension Artérielle.

Ajoutons que ces traitements n'ont pas empêché une des femmes de mourir et que 5 enfants sur 9 sont morts (morts-nés ou morts dans les 2 ou 3 jours).

ACTION DE L'EVACUATION DE L'UTERUS

L'évacuation de l'utérus ne nous a pas, non plus, donné de résultats aussi constants que nous l'espérions.

L'éclampsie étant une maladie gravidique, l'évacuation de l'œuf devrait en arrêter le cours. Cette notion simple, encore admise par certains, n'est pas hélas, toujours confirmée par les faits. Cette apparente contradiction ne diminue cependant pas la valeur du traitement obstétrical de l'éclampsie, car s'il est vrai que celui-ci n'est pas toujours efficace, il garde cependant son utilité. D'abord parce que sans danger, quand il est correctement institué. De plus, s'il n'arrête pas l'évolution de la maladie, c'est que celle-ci a atteint un degré de gravité telle qu'aucun des traitements dont nous disposons n'est plus efficace. De fonctionnelle elle est devenue organique et des lésions irréversibles se sont constituées qui sont au-dessus de nos ressources thérapeutiques habituelles. Enfin, si parfois le traitement obstétrical ne permet pas de sauver la mère, il permet, pour peu que le fœtus soit viable, de l'extraire vivant et de le soustraire aux effets nocifs directs ou indirects de la maladie éclamptique. C'est ce qui nous a poussé parfois à intervenir, tout en continuant le traitement médical.

Sur 13 cas d'éclampsie de grossesse ou de travail :

6 femmes accouchèrent normalement au cours ou au décours des crises;

3 fois on appliqua un forceps à dilatation très avancée;

1 fois on pratiqua en début de travail une longue incision du col suivie de forceps;

2 fois la Césarienne vaginale;
et 1 fois la Césarienne abdominale.

Dans l'ensemble, dans 9 cas sur 13, l'évacuation de l'utérus a fait cesser les crises définitivement.

Dans les autres 4 cas, les crises ont persisté, malgré l'accouchement, et 2 d'entre elles moururent : Obs. N° 2 après l'accouchement par forceps; Obs. N° 3 après Césarienne abdominale.

C'est dire que si le rôle de l'évacuation utérine est fréquemment favorable (9 fois sur 13) il peut ne pas l'être et alors le pronostic est des plus sévères (2 décès sur 4). Quant au pronostic fœtal, il n'est intéressant à rapporter que dans les cas d'accouchement provoqué :

Nous avons eu 5 enfants sur 4 (une gemellaire). 2 moururent parce que prématuré ou de petit poids (un des jumeaux) et il faut surtout attribuer ces décès à l'insuffisance grave de notre installation qui ne permet pas encore l'élève normale des prématurés. Dans des conditions meilleures il n'est pas exclu de penser que nous aurions pu sauver les 5 enfants.

L'évacuation de l'utérus garde donc une grande valeur dans le traitement de l'éclampsie. Elle est souvent efficace et permet, même quand elle ne l'est pas, d'améliorer au moins le pronostic fœtal.

CONCLUSIONS

Malgré les progrès théoriques et pratiques accomplis récemment, le traitement de l'Eclampsie demeure difficile et le pronostic incertain. Ils le demeureront tant que nous serons dans l'ignorance de la cause véritable du mal. Le vieil adage garde toute sa valeur : l'Eclampsie est encore la maladie des hypothèses.

Le traitement médical qui doit être institué dans tous les cas est loin d'être toujours efficace dans les formes graves.

L'introduction de nouvelles substances de synthèse n'a pas sensiblement amélioré la valeur du traitement médical de l'éclampsie.

Le traitement obstétrical, utile dans un grand nombre de cas, n'est pas d'un effet constant. Il permet toutefois, appliqué à temps, d'avoir plus souvent un enfant vivant.

La difficulté réside dans l'appréciation du degré de gravité de l'éclampsie. Il semble bien que le pronostic s'aggrave à partir du moment ou de fonctionnelle la maladie devient organique et crée des lésions irréversibles, mais justement ces lésions sont difficilement décevables à temps.

Il reste, en dernière analyse que ne pouvant guérir le mal il vaut mieux le prévenir. On en revient à la formule de Tarnier et si cette formule doit être modifiée en ce qui concerne le genre de régime, elle garde sa valeur en tant qu'elle permet seule de faire disparaître l'éclampsie, comm nous le montre l'exemple de la France.

CONVALESCENCE - ANÉMIE

HEPAVITA

Ampoules buvables de 5 et 10 cc.
dosées à 6 gammas de Vitamine B12 pour 10 cc.

Ampoules injectables
dosées à 10 gammas de Vitamine B12 par ampoule de 2 cc.

Laboratoire NEOTHERAP : 83, Rue Saint-Charles — PARIS-15e

La Grande Marque
Des Antiseptiques
Urinaires et Biliaires

56, Boulevard Pereire
PARIS (17e)

URASEPTINE ROGIER

dissout et chasse l'acide urique

Echantillons et Littérature :
OFFICE DE PROPAGANDE MEDICALE, 53, r. des Maltais, TUNIS

CANCER DU COL ET GROSSESSE

par le Dr H. JAHAN

Trois observations de cancers du col utérin vus et traités aux différents stades de la puerpéralité, la présentation d'une de ces malades, cliniquement guérie, au Professeur MERGER lors de sa récente venue à Tunis, en posant les indications propres à chaque cas nous permettent d'en tirer certaines conclusions thérapeutiques.

Obs. 1. — Madame S... 34 ans IIIème pare, aucun antécédent obstétrical et gynécologique, vue pour là première fois à notre cabinet le 30 Octobre 1953.

D R = 23 au 27 Juillet. Pertes de sang depuis le début Sept., motivant une consultation d'un de nos confrères qui pense à une menace d'avortement et prescrit le repos au lit, glace et progestérone. Ces écoulements, intermittents et peu abondants, tantôt rosés tantôt à peine teintés sont indolores et ne paraîssent pas influencés par le repos.

Le T.V. permet de sentir un utérus gravide de deux mois et demi environ, parfaitement mobile, dont le fond en antéflexion déborde de la symphyse de deux travers de doigts.

Le col est très ramolli mais non perméable. Le doigtier ramène un sang rouge vif.

Au Spéculum le « museau de tanche » d'aspect framboisé, irrégulièrement granuleux eu bourgeonnant saigne en nappe au contact de la pince porte-tempon On note l'absence d'écoulement par l'orifice cervical. Ces lésions suspectes motivent une biopsie extemporanée à la pince de J. L. FAURE suivie de l'application d'un spongel à la thrombase.

Cliniquement il semble s'agir d'un néo utérin au début au cours du troisième mois de la puerpéralité et de fait le résultat de l'examen anatomo-pathologique est concluant :

« Epithélioma malpighien du type végétant ».

Pour les raisons que nous discuterons par ailleurs, nous optons pour le traitement curiéthérapique d'attente et nous appliquons dans la partie antérieure de l'orifice cervical un colpostat de 50 mmgr. de Radium pendant 48 h. suivi d'une application de 48 h. dans le vagin maintenue aussi près que possible des lésions, en prévenant la famille de l'innocuité de ce traitement pour le fœtus mais toutefois de la possibilité d'un avortement secondaire.... celui-ci se produit douze jours plus tard et nécessite un curetage prudent mais complet aux suites apyrétiques et excellentes.

Le dernier examen montre un col en voie de cicatrisation mais la malade, ignorant l'affection dont elle est atteinte, impute son « accident » à des manœuvres intempestives... et n'est plus revue.

Obs. II. — Madame R... âgée à l'époque de 44 ans, 14e geste, XIIIe pare, une f.c. sans suites. Vue pour la première fois à la consultation d'obstétrique de la Libération le 20 oct. 1951 : grossesse de 6 mois et 1/2 environ, vient consulter pour un suintement hémorragique continu, indolore, constaté depuis huit jours.

— *Au T.V.* masse mollasse, friable, semblant « tenir » au bord gauche du col, obstruant l'orifice externe. Bien qu'il s'agisse d'une grande multipare au col malmené par des effractions répétées la partie postérieure de l'organe est d'une consistance anormalement dure.

La présentation, longitudinale est axiale. Le pole inférieur mobile semble être un pole céphalique. Les bruits du cœur fœtal sont nettement perçus à droite.

Le doigtier ramène un sang rouge vif qui continue à sourdre assez abondamment par l'orifice vulvaire.

— *Au Speculum* l'évacuation de caillots récemment formés permet de mettre en évidence une tuméfaction de la grosseur d'une noix d'aspect bourgeonnant et sanieux qui nous fait porter le diagnostic clinique de Neo du col utérin et pratiquer extemporanément une biopsie dont l'interprétation est confiée au Dr Gordieff, Chef du Service d'anatomo-pathologie à l'I. Pasteur.

Un examen plus attentif nous permet d'apprécier l'extension locale de la tumeur, la soup'esse des culs de sac, particulièrement du gauche qui est plus directement en rapport avec le processus tumoral.

Etant donné la date récente d'apparition clinique des lésions, l'âge de la grossesse(Six mois et demi) nous decidons d'attendre la viabilité fœtale.

Entre temps nous recevons le résultat de la biopsie : « Epithélioma malpighien à maturation cornée du type végétant; quelques-unes des végétations tumorales sont ulcérées et infectées ».

Protocole opératoire : Intervention le 15 nov. 1951.

Anesthésie Ether-Oxygène. Perfusion per-opératoire Sang-Subtosan.

1er temps : Césarienne corporéale par incision transversale du fond utérin après extériorisation, extraction d'un enfant vivant, sexe féminin, pds 2 kgr. 050, cris immédiats. Délivrance extemporanée, pds 510. RAS

sutures hémostatiques de la tranche de section par points en X Nylon 3.

2e temps : Hystérectomie totale élargie type Wertheim avec dissection des uretères et large colerette vaginale. A noter l'extrême souplesse péritonéale et ligamentaire due à l'état de grossesse et la facilité relative de cette technique malgré la présence de plexus veineux anormalement développés.

Drainage vaginal et sus-pubien.

Suites opératoires excellentes, simplifiées par le bon état général du sujet, une transfusion de 500 cc et l'emploi massif des antibiotiques.

Le 5 Décembre : Implant de 100 mmg de Testostérone qui sera suivi d'un deuxième le 12 Février.

Le 24 Décembre : la malade sera soumise à un traitement roentgenthérapique confié au Dr Fourati et exécuté du 27 décembre 1951 au 30 mars 1952 dans son service d'électro-thérapie de l'Hôpital Charles Nicolle.

Revue fin Avril 1952.

— *T.V. :* le fond vaginal et les culs de sac sont souples mais le doigtier ramène un peu de sang rouge.

— *au spéculum :* bourgeon cicatriciel d'aspect banal qui motive cependant une biopsie : « Bourgeon très inflammatoire. Pas d'infiltration tumorale maligne », et nécessite une électrocoagulation suivie de cicatrisation définitive.

Depuis lors, régulièrement convoquée par notre Assistante Sociale, elle est l'objet d'une surveillance attentive et peut être considérée comme cliniquement guérie.

Obs. Madame Ch. Thérèse, 29 ans VIIe geste, VIe pare, vue pour la première fois le 4 oct. 1951, à 21 h. d'urgence à son domicile. Cette malade au passé gynécologique et obstétrical négatif avait été suivie durant toute sa grossesse par un médecin qui devant ses pertes sanguinolantes avait pensé à une menace d'avortement puis à une possibilité d'accouchement prématuré, mais à aucun moment n'avait pratiqué un examen au spéculum.

En travail depuis le matin 5 heures elle était assisté par une Sage-Femme qui, pensant à un « œdème du col », avait sollicité mon avis. Les contractions, très vives au début, sont, au moment de l'examen plus espacées, tempérées par deux injections sous-cutanés d'un antispasmodique et par la rupture spontanée des membranes H.U = 35. Présentation longitudinale, céphalique. Br. du C. positifs.

T.V. : Col perméable à 4 cm. Orifice circulaire à lèvres indurées, épaissies, mais de friabilité anormale. Le paramètre droit manque de souplesse.

Le doigtier ramène un sang rouge vif et quelques débris tissulaires d'allure suspecte.

On porte le diagnostic de dystocie du col par néo probable et la malade est transférée d'urgence dans mon service à la Libération.

Nous demandons un avis à notre maître le Dr Lehucher, Chirurgien-Accoucheur honoraire des Hôpitaux, mais quel que soit son désir nous manquons de temps pour pratiquer des examens complémentaires spéciaux, en particulier une cystoscopie.

Nous prenons cependant la précaution de faire un toucher rectal qui n'apporte aucun renseignement un examen aux valves qui nous

permet de faire une biopsie et un nettoyage de la région suivi d'une pulvérisation aux sulfamides.

Intervention à 22 h. 30 sous rachi-anesthésie.

L'hystérectomie totale élargie s'avèrant impossible du fait de l'extension aux paramètres nous pratiquons une césarienne corporéale, après extériorisation de l'utérus, par incision transversale du fond de l'organe et nous extrayons un enfant du Pds de 3.630 gr. et un placenta normalement inséré de 520 gr. suivie d'une hystérectomie subtotale complétée par une péritonisation soigneuse, l'adjonction d'antibiotiques in situ et un drainage sus-pubien.

Les suites opératoires bien que fébriles et marquées par une hémorragie vaginale relativement importante, mais non inquiétante nous permettent un lever dans des délais normaux.

Entre temps nous parvient le résultat de la biopsie adressée au service d'anatomo-pathologie de l'Institut Pasteur : « Epithélioma malpighien intermédiaire se présentant sous la forme de lobules ou de travées disséminées dans un troma fibreux ».

La malade quitte le service le 27-10-51 pour être dirigée sur l'Institut Gustave Roussy, Service du Dr Simone Laborde où elle est admise le 10 novembre pour y subir un traitement curiéthérapique et des séances de radiothérapie profonde.

Elle devait quitter Paris le 1er mars 1952 dans un état grave et décédait à Tunis deux semaines plus tard au cours d'une hémorragie foudroyante.

Ces trois observations colligées de 1951 à 1953 tirent leur intérêt du fait que l'une des femmes a été vue et traitée au début de sa grossesse, la deuxième alors que le fœtus n'avait pas atteint la viabilité, mais en était très proche et la troisième se trouvait à terme et en travail. Les deux premières présentaient un cancer au début du type k I ou k II pouvant relever soit d'une exérèse chirurgicale d'emblée soit un traitement curiethérapique prémonitoire suivi d'un acte chirurgical secondaire. Madame Ch..., Obs. N° III n'était justiciable, de par l'extention des lésions et l'urgence, que d'une césarienne permettant l'extraction d'un enfant vivant et d'un traitement physiothérapique secondaire du néoplasme.

C'est chez notre première malade que l'indication thérapeutique pouvait se poser avec le plus d'acuité : nous avons opté pour a curiethérapie et l'essai de conservation de la grossesse parce que les faits ont montré que cette évolution était possible et nombreuses sont les observations qui ont démontré le bien fondé de cette technique en permettant une césarienne au terme présumé voir même un accouchement par les voies naturelles. Nous eussions alors envisagé soit une deuxième application de Radium suivie d'hystérectomie élargie soit si celle-ci s'était avérée techniquement impossible un traitement de consolidation par roentgenthérapie.

Quel devait être notre comportement en présence de l'avortement ? Celui-ci était manifestement incomplet, le danger de rétention et d'infection secondaire était certain, le curetage non exempt de complications, mais le col très perméable autorisait une révision avec un minimum d' « effraction et sous couvert des antibiotiques et de la glace le résultat en fut des plus satisfaisants. S'il en avait autrement, il est probable que, brusquant les choses, c'est l'exérèse chirurgicale d'emblée que notre préférence serait allée enlevant ainsi contenant et contenu et réalisant une ablation de la lésion et du processus infectieux.

Remarquons enfin que les indications opératoires ont été posées, les interventions exécutées dans le cadre de la puerpéralité dont elles relèvent. Une fois de plus est mise en exergue la nécessité ou se trouve « l'accoucheur » d'être en même temps gynécologue et chirurgien.

— Le gynécologue saura suspecter les lésions cervicales au début et les différencier des érosions banales modifiées par la grossesse, mettre en œuvre les moyens d'investigation efficaces :

la Biopsie, exécuté dans les différents cadrans incriminés;

la colposcopie quand cette méthode aura trouvé la place qui lui revient;

les méthodes de coloration de la muqueuse cervicale en y adjoignant l'étude plus délicate et plus inconstante des frottis vaginaux ».

Son entrainement au toucher vaginal chez la femme enceinte qui saigne ne lui fera redouter ni *l'examen au spéculum* de crainte que la malade et la famille n'attribuent à cette investigation de première nécessité l'éventuel avortement, *ni la biopsie* d'importance capitale dont nous avons possibilité par les coagulants locaux d'assurer l'hémostase.

— Il doit être enfin chirurgien : la césarienne est déjà par elle-même un acte chirurgical; l'hystérectomie subtotale qui peut la suivre en est un autre encore plus délicat : les lésions intestinales « adhérentielles » qu'on peut être amené a traiter au cours des interventions itératives; les régularisations et sutures de brèches utérines après ruptures, les lésions vésicale concomitantes ne peuvent l'être que par un « accoucheur » suffisamment rompu à l'acte chirurgical. Il n'est pas besoin d'insister sur le fait qu'un WERTHEIM intégral et honnête n'a rien de commun avec une hystérectomie totale trop souvent exécutée sous cette appellation. Il importe donc de donner à l'accoucheur de formation chirurgicale, en dépit de certaines assertions intéressées, le véritable titre répondant à la fonction pour laquelle il s'est préparé.

Antiallergique

Bien toléré

THÉPHORINE "ROCHE"

Rhinites

Coryza

Urticaire

Dragées

Sirop

Onguent

PRODUITS "ROCHE" S. A.

10, RUE CRILLON - PARIS-4e

Sur deux cas d'éclampsie traités par l'hibernation artificielle

par les Drs Scemla, Fouquet, Vaillant

—o—

Nous avons déjà communiqué dans des séances ultérieures de notre Société les résultats que nous avons obtenus dans le traitement de l'éclampsie par la Novacaïne intra-veineuse puis par le Phénergan seul ou associé. Notre statistique portait au total sur 23 cas.

Nous vous présentons aujourd'hui deux observations de coma éclamptiques traités par l'hibernation artificielle. Il s'agit de deux malades entrées à la Maternité de Sadiki le même jour, et soumises simultanément à la même thérapeutique.

OBSERVATION 1

Le 24-11-53, à 10 h. 30, admission dans le service d'une primigeste de 20 ans présentant un syndrome éclamptique grave.

L'interrogatoire des parents nous apprend qu'elle a fait depuis la veille de nombreuses crises convulsives; d'ailleurs dès son entrée la malade fait une crise convulsive typique.

Examen général :

Malade présentant un coma stertor, avec agitations, morsures de la langue.

— Abolition des sensibilités tactiles, thermiques et douloureuses.
— Réflexes acutéens normaux. Réflexes patellaires vifs.
— Léger œdème facial. Ailleurs pas d'œdème.
— Tension artérielle : 19/12.
— Pouls : 160.
— Température rectale : 39.
— Oligurie marquée. On ne retire de la vessie que la valeur d'un tube à essai et demi d'urine.
— Albuminurie massive.

Examen obstétrical :

H. U. : 28 - Présentation céphalique;
Dos à gauche;
B.D.C. positif à gauche bien frappé.

T. V. : Col long fermé de Primigeste.

Au cours de l'examen, la malade présente des crises convulsives se répétant toutes les dix minutes et durant une minute environ.

Nous sommes donc en présence d'une primigeste au 8e mois de grossesse présentant un coma éclamptique certain.

— A 11 h. 30, la malade qui a fait 5 crises durant l'examen, présente :

T. A. : 19,5/12. Pouls : 180. Température : 39,5.

Nous décidons de pratiquer une hibernation artificielle. Mise en route d'une perfusion de sérum glucosé, 500 cm. dans laquelle nous ajoutons :

4560 R.P. 0,05 + Phénergan 0,50 + Dolosal 0,10
+ Vitamine B2 : 0,20 + Vitamine B1 : 0,10.

En goutte-à-goutte lent, cette perfusion passera de 11 h. 30 à 15 h. 30 et sera renouvelée de 15 h. 30 à 17 h. 30.

En attendant que l'effet de la perfusion se fasse sentir, nous réalisons une vasoplégie plus rapide en injectant dans la veine tous les quarts d'heure un centimètre cube de la solution suivante :

4560 R.P. : 0,05 + Phénergan : 0,50 + Dolosal : 0,10
et ceci jusqu'à ce que la seringue soit vide.

— A 12 h., mise en place sur l'abdomen et les carrefours vasculaires de 8 vessies de glace.

— A 12 h. 30, l'évolution paraît simple et satisfaisante. La T. A. est tombée à 15/10, le pouls à 140 et la température à 37,5.

Les B.D.C.F. sont bons. Pas de crises.

Lorsqu'à 13 h. 45 la malade fait une nouvelle crise convulsive qui dure quelques secondes.

Les crises convulsives se renouvellent à 14 h., 14 h. 15, 15 h. 45, 16 h. 5, 16 h. 55 et 18 h.

Ce sont des crises très brèves : quelques contractions des muscles de la face, quelques gestes des membres inférieurs et supérieurs et la crise est finie.

— A 14 h. 30, l'hibernation se poursuit d'une façon satisfaisante puisque trois heures après le début de l'hibernation nous obtenons :

T. A. : 14/9,5. Pouls : 90. Température inférieure à 34.

Ces chiffres resteront très stables dans les heures suivantes.

Les examens pratiques ont montré :

URINES :

— **Albumine** : 11,40 par litre. Créatinine (0,94).

— **Cytologie : pluie de cylindres granuleux et de très petits cylindres cellulaires,** rares hématies intactes, rares leucocytes, rares cellules rénales.

Présence de corpuscules birefringents.

SANG :

— Urée : 0,60. Cholestérol : 1,65.
Calcium : 0,71.

Protides totaux : 60.

Inversion du rapport $\frac{S}{G} = \frac{25,8}{31,4}$

Verne nettement positif : 46.
Mac Lagann : 15.
Kuncel phénol : 13.
Kuncel zinc : 25.
Gros = 0 et Wunderly = +.

Electrophorèse. — Nous retrouvons :

— Diminution importante de la sérine
— Augmentation très nette des α_1 et α_2 globulines,
— Diminution peu importante des β_1 et β_2 globulines,
— Augmentation nette des γ globulines.

Ces valeurs resteront d'ailleurs très stables et ne varieront que très peu au cours des heures suivantes.

— A 18 h. 30, césarienne.

Il suffit d'une infime quantité d'éther oxygène pour obtenir la narcose.

Césarienne basse longitudinale qui permet d'extraire une fille de 2 kg. 350 qui sera ranimée au rescucitator pendant un quart d'heure et dont la température rectale est inférieure à 34°3. Placenta de 370 grammes sans lésions macroscopiques.

— Dans les heures qui suivent l'intervention, la malade reste calme; au cours de la nuit elle reçoit d'ailleurs deux injections intra-musculaires de Largactil + Phénergan. On lui enlève ses vessies de glace vers minuit.

La température reste au-dessous de 34,3 toute la nuit; le pouls est régulier aux alentours de 90; T. A. 11,6.

Cependant, au cours de la nuit, elle fait quatre crises convulsives très brèves à 2 heures d'intervalle environ.

La malade a donc reçu pour la journée du 24 ainsi que la nuit :

2 perfusions de 500 centicubes contenant 4560 R.P. 0,5 + Phénergan + Dolosal + Vitamines B2, B1;

1 cocktail 4560 R.P. 0,5 + Phénergan 0,5 + Dolosal 0,10;

2 injections intra-musculaire 4560 R.P. 0,05 + Phénergan 0,05.

25-11-53. Le lendemain de l'intervention, la malade présente un état stationnaire. La température remonte progressivement à 35 et s'y maintient. La T. A. oscille aux environs de 11,6 et le pouls entre 90 et 100. La diurèse est très faible : 100 cm3 environ pour la journée.

Au cours de cette journée, la malade présente cinq crises convulsives très brèves.

Elle reçoit comme traitement 2 injections intra-musculaires de Phénergan et 2 injections intra-veineuses de sulfate de magnésie à 15 % et 20 cm3 de sérum glucosé hypertonique.

1 litre de sérum glucosé sous-cutané + 40 cc. de gluconate de calcium + une hyaluronidase + antibiotiques Pénicilline, Streptomycine.

Les examens ont montré une disparition presque complète de l'albumine (0,10), de même les cylindres et les cellules rénales ont disparus — pas d'hématies — on trouve cependant des traces de pus.

Cette amélioration énorme au point de vue rénale n'est pas retrouvée dans les examens sérologiques où **le verne est passé** à 104. Les autres réactions de précipitation ne sont guère modifiées :

Mac Lagann : 0;
Kuncel phénol : 22;
Kuncel zinc : 18;
Gros : 0.

L'électrophorèse montre une diminution encore plus nette des protéines qui passent de 60 à 52 pendant que la flèche des α globulines devient très intense, cependant que les β restent très diminués et les γ un peu augmentés.

Au cours de la nuit du 25, la malade fait trois crises convulsives.

La température remonte progressivement à 36. La T. A. à 12,7. Le pouls à 90.

Une ponction lombaire a été pratiquée et a montré :

— liquide eau de roche non hypertendu;
— albumine normale : 0,22;

Le 26-11-53. Au matin, la tension est à 13/7; pouls 100; température 36,8.

Phénomène heureux : la diurèse reprend et on évacue à la sonde 200 cc. d'une urine acajou.

Diurèse de la journée, 700 cc. La malade fait ce jour-là deux crises.

Le traitement : 2 ampoules de Phénergan, sulfate de magnésie, sérum glucosé hypertonique, 2 litres de sérum glucosé sous-cutané + 40 cc. de calcium + hyauronidase.

Le 27-11-53. La malade était toujours dans un coma agité. T. A. stable à 13,6. La température remonte progressivement et atteint 37,6 en fin de

SEDOPIAN

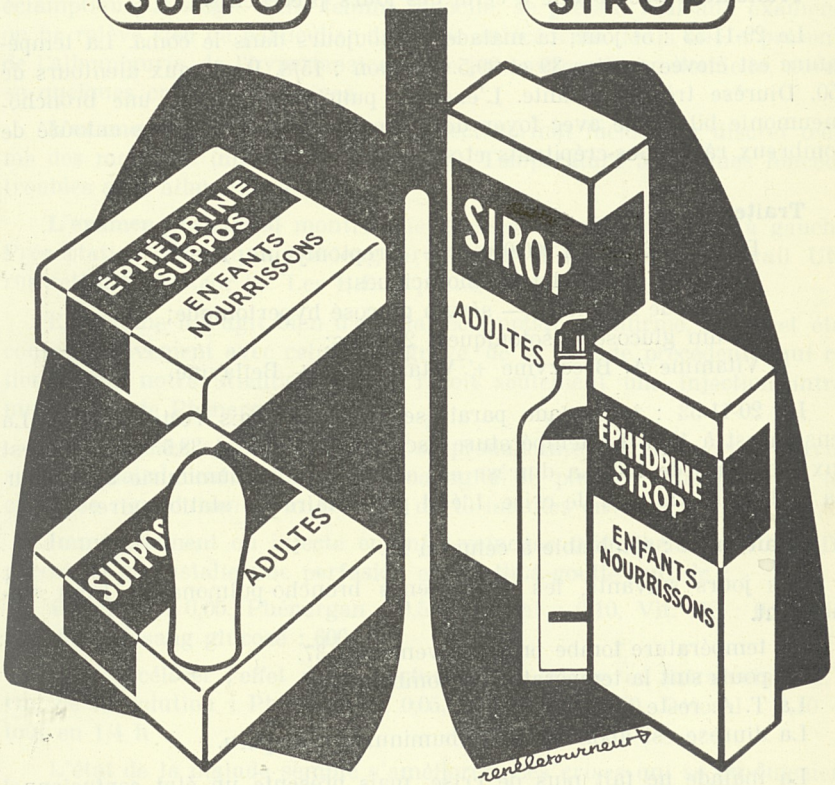
"l'atout contre la toux"

SEDATIF • EXPECTORANT • EUPNEIQUE • OREXIQUE

Rend à l'organisme la faculté d'intensifier ses réactions de défense

2 PRESENTATIONS

SUPPO **SIROP**



COMBAT
L'ELEMENT INFECTIEUX

MORDANCE
L'ACTION DES ANTIBIOTIQUES

REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE

Echantillons et littérature sur demande

REPRIME
LE REFLEXE TUSSIGENE

INCISE
L'HYPERCRINIE BRONCHIQUE

SOCIÉTÉ EXPANSION **SEXTA** THERAPEUTIQUE APPLIQUÉE

20 RUE BRAUHAUBAN — TARBES • Htes PYRÉNÉES

Représentants-dépositaires :

TUNISIE : M. Lucien Saada, Pharmacien - 42, Av. Garros — TUNIS

ALGERIE : Ets Pharmaceutiques Diaz - 2, Av. du 9e Zouaves — ALGER

MAROC : Ets Pharmaceutiques Diaz - 104, Bd de Bordeaux - CASABLANCA

journée. Pouls 90/100 Diurèse dans la journée : 650 cc contrôlés, mais la malade présente une incontinence et on ne peut savoir de la quantité d'urine émise qu'une chose, c'est qu'elle est abondante.

La malade a fait au cours de la journée trois crises convulsives très brèves.

Traitement : semblable à celui du 26-11-53.

Le 28-11-53 : 4e jour; toujours le même coma. T. A. 15/9. La température monte et arrive à 39,4. Pouls 120 à 130. Diurèse abondante.

Au cours de la journée la malade fait six crises convulsives.

Traitement : semblable à celui des jours précédents.

Le 29-11-53 : 5e jour; la malade est toujours dans le coma. La température est élevée : entre 39 et 39,5. Tension : 15/8. Pouls aux alentours de 150. Diurèse très abondante. L'examen pulmonaire révèle une broncho-pneumonie bilatérale avec foyer de submatité aux deux bases entouré de nombreux râles sous-crépitants et sibilants.

Traitement :

Bronchocilline : 1.000.000 u. + Streptomycine, 1 gr;
Balsamyl — révulsions thoraciques;
Sulfate de magnésie — sérum glucosé hypertonique;
Sérum glucosé hysotonique : 2 litres;
Vitamine A. Bécozyme + Vitascorbol + Beïlavine.

Le 20-11-53 : la malade paraît se réveiller, mais reste absente. La tension est à 15/8. La température oscille entre 39,5 et 38,5. Le pouls est aux alentours de 140. La diurèse est abondante. L'albuminurie a disparu. La malade ne fait pas de crise. L'état pulmonaire est stationnaire.

Traitement : semblable à celui du 29.

Les jours suivants, les phénomènes broncho-pulmonaires iront s'amendant.

La température tombe progressivement à 37.
Le pouls suit la température et tombe à 80.
La T. A. reste stable à 14,8.
La diurèse est abondante. L'albuminurie a disparu.

La malade ne fait plus de crise, mais présente un état confusionnel qui nous alarme.

La malade ne reconnaît personne, dit des mots sans suite, sans coordination, parfois même incompréhensibles, présente des gestes sans signification.

Admise alors à l'hôpital des maladies mentales de La Manouba elle présente d'importantes séquelles confusionnelles de son délire aigu. Son état général est très mauvais. On s'emploie à la remonter; elle reçoit :

2 transfusions de sang, du sérum glucosé sous-cutané, de la vitamine B12, de la Méthiopholline, etc...

Au bout d'une dizaine de jours on la soumet à une série de 12 électrochoques, et au bout d'un mois son agitation disparaît. Elle est de moins en moins confuse et sort guérie deux mois après le début des accidents

OBSERVATION 2

Le 24-11-53 à 11 h. Admission dans le service de Saïda, une primigeste de 17 ans envoyée par l'Aide de l'Enfance de Tunisie pour syndrome éclamptique. Il s'agit d'une femme indocile, se prêtant mal aux examens, on ne relève rien de particulier dans ses antécédents. Mais elle a présenté de l'albuminurie, de l'hypertension, et le jour-même, à son domicile, aurait eu quelques crises convulsives.

L'examen montre une femme d'aspect normal lucide. Un discret œdème des membres inférieurs. T. A. 20/10. Température 37. Urines foncées, troubles avec albuminurie massive.

L'examen obstétrical montre une grossesse au 8e mois. Dos à gauche. Présentation céphalique. Col long fermé. Sans aucun signe de travail Utérus relâché. Hauteur 28. Les B.D.C. positifs à gauche bien frappés.

En somme il s'agit bien d'un état éclamptique confirmé, mais cet état contraste vivement avec celui, très grave, de la malade précédente, qui retient toute notre attention. Saïda reçoit seulement une injection intramusculaire de Phénergan.

Deux heures après son entrée, se produit une première crise convulsive, la malade entre dans un coma agité de plus en plus profond, les crises se reproduisent à intervalles de 10 minutes environ.

Immédiatement on injecte en intra-veineuse 0,50 Phénergan, 0,25 Diparcol, et on installe une perfusion en goutte-à-goutte lent de :

4560 R.P. : 0,05, Phénergan : 0,50, Dolosal : 0,10, Vit. B2 : 0,20, Vit. B1 : 0,10 — sang glucosé : 600.

Pour accélérer l'effet de la perfusion, on injecte en intra-veineuse, 1 cm. de la solution : Phénergan : 0,05, 4560 R.P. : 0,50, Dolosal : 0,10 — tout en 1/4 h.

L'état de la malade semble s'améliorer. Les crises qui se produisaient toutes les 10 minutes s'arrêtant, la tension passe de 19/11 à 16 h. à 14/11 2 heures après. Le pouls passe de 140 à 120 et la température de 38 à 36,8.

On place alors des vessies de glace sur l'abdomen et les carrefours vasculaires, mais à ce moment la malade fait une crise convulsive suivie d'un frisson solennel. On retire donc les vessies de glace; la perfusion est interrompue pendant 1 h. Au cours des 3 heures qui suivent, les crises vont se répéter, d'abord toutes les 1/2 heures, puis à tous les 1/4 d'h. enfin, à un rythme subintrant, malgré la perfusion reprise et l'injection

intra-veineuse de 6 cm. de la solution Phénergan-4560 R.P., Dolosal à 0,02 cm3, puis de 20 cm3 de Novocaïne.

A la fin de cette période entre 14 h. et 19 h., la malade a reçu :

En intra-musculaire : 0,50 Phénergan.

En intra-veineuse : 0,25 4560 R.P., 0,25 Phénergan, 0,10 Dolosal, 0,25 Diparcol, 0,80 Vit. B2, 0,40 Vit. B1 — dont la moitié en perfusion lente.

Les examens pratiqués :

URINES : 12 gr. 40;

Nombreux cylindres granuleux;
Nombreuses cellules rénales;
Rares hématies;
Absence de pus.
Pas de corps.

SANG : 0,70; Cholestérol : 2,15; Calcium : 0,75.

Protides : 57 $\frac{\text{Sérine}}{\text{Glob.}} = \frac{26}{31}$

Electrophorèse : $\alpha 1$ $\alpha 2$ $+++$ $\beta 1$ $\beta 2$ $++$ γ $++$
Vernes : 54, Mac Lagann : 54, Kuncel zinc : 35, Gros = 0,
Wunderly = $++$.

Césarienne à 19 h. 20. 7 heures après son entrée. Anesthésie éther-oxygénée; une dose infime d'éther provoque un relâchement musculaire parfait. Césarienne basse segmentaire longitudinale permet d'extraire un enfant de 2 kg. 250, étonné, inerte, dont les battements cardiaques sont lents, réguliers et bien frappés, l'aspect rosé peu inquiétant; ranimé en 8 minutes. Placenta sans lésions microscopiques : 400 gr.

Les crises cessent à la fin de l'intervention; au cours de la nuit la malade reste calme; la tension se maintient à 11,6; le pouls à 100; la température à 36; elle reçoit 4560 R.P.-Phénergan 0,10.

Le lendemain : même état, mais légère reprise de l'agitation sans crises convulsives. La température remonte progressivement à 36,5; la diurèse reste cependant très faible.

Les examens d'urines de la veille montrent alors : albumine, 12 gr.; une image de néphrite toxique; pluie de cylindres rénaux.

On injecte par voie intra-veineuse : 10 cm.3 de sulfate de Mg. à 15 %, 20 cm3 de sérum glucosé hypertonique et, en intra-musculaire : 1 litre de sérum glucosé + 40 cm. de gluconate de calcium. Traitement répété au cours de la soirée, auquel s'ajoutent 1.000.000 u. de Pénicilline et 1 gr. de Streptomycine.

Le 2e jour : la malade reste un peu agitée; sa température s'élève à 36,8 sans reprise des crises convulsives, pendant que s'améliore la diurèse qui devient de plus en plus abondante, environ 1 l. 400. Albumine 0,50. Disparition des cylindres rénaux.

Le 27-11-53, soit le 3e jour, la malade commence à sortir de son coma, mais reste confuse et agitée. La diurèse reste très abondante, cependant elle amorce une poussée fébrile à 39 qui semble être due à une infection pulmonaire mais qui dès le lendemain cède aux antibiotiques.

Dès le 5e jour, la malade est définitivement hors d'affaire.

La T. A. 15/9; température 38; pouls 100; diurèse normale; alb. 0,15; disparition des éléments rénaux; elle s'alimente et nourrit son enfant.

Le 15-12-53 elle sort parfaitement guérie.

*
* *

En ce qui concerne l'activité du traitement que nous avons employé dans les deux cas nous avons vu une amélioration spectaculaire se produire, dont les éléments essentiels sont les suivants :

1° Chute rapide de la tension artérielle, à des chiffres normaux,

2° Diminution appréciable de la tachycardie.

3° Chute de température jusqu'à 34.

4° Disparition très rapide et presque totale de l'albumine et des cylindres granuleux.

5° L'allure même du coma a immédiatement changé. Les malades ont pris un aspect beaucoup plus calme, plus rassurant.

Si les crises n'ont pas immédiatement cessées, du moins ont-elles été beaucoup plus espacées, plus courtes, plus atténuées.

Cette amélioration est indubitablement liée à la perfusion du 4560 R.P., car chez notre deuxième malade un incident technique l'ayant interrompue, les crises recommencèrent aussitôt de plus belle. La sédation a été beaucoup moins nette et beaucoup plus lente. Ce qui conduit à penser qu'en matière de traitement par le 4560 R.P. associé aux Phénergan et Dolosal, tout est dans le départ et la continuation de la thérapeutique jusqu'à la disparition complète des crises.

6° L'amélioration très nette du coma éclamptique donne ainsi le temps d'intervenir pour extraire rapidement le fœtus s'il est vivant avec un minimum d'anesthésie, ce qui constitue un avantage appréciable chez de telles malades.

7° L'état de l'enfant à la naissance après hibernation mérite une étude spéciale. L'enfant est lui-même totalement inerte sous l'influence de l'hibernation maternelle.

La température est à 34, l'auscultation donne des bruits du cœur un peu sourds et lents (60 environ), le rythme respiratoire est aussi ralenti. La respiration est superficielle mais son facies est rose, nullement inquiétant.

Par la suite, nos deux fœtus hibernés se sont développés normalement. Leur courbe pondérale a été celle décrite par Lacomme : pas de chute de

poids, courbe en plateau pendant trois jours et augmentation progressive et normale par la suite.

Somme toute, nos constatations cliniques concordent absolument avec celles des auteurs qui ont employé l'hibernation au cours de l'éclampsie.

Sans vouloir conclure sur deux observations isolées nous pouvons raisonnablement dire que cette thérapeutique nous a donné les résultats que l'on pouvait espérer. Elle nous a permis de sauver, certes au prix de bien des efforts, deux mères et leurs enfants.

Ajoutons que nous avons employé la même thérapeutique dans deux autres cas d'éclampsie avec le même succès.

Ces deux observations seront relatées ultérieurement à la prochaine séance avec des commentaires généraux concernant l'amélioration de la technique.

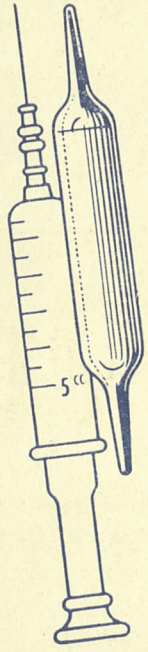
LABORATOIRE CHANTEREAU (INNOTHÉRA)
choline, papaïne
sels biliaires
boldo
EUCHOBYL
3 à 6 comprimés par jour aux repas
TROUBLES HÉPATO-BILIAIRES

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

VALS-REINE
ARTHRITISME — DYSPEPSIE — DIARRHEE INFANTILE
GASTRO-ENTERITES — DIABETE
Cure de boissons dans les Maladies infectieuses
Eau de table remarquable

Imp. N. BASCONE & S. MUSCAT — 41, Avenue de Londres — TUNIS
Le Gérant : L. LEMOINE — 8, Place du 7 Mai 1943 — TUNIS

AZOTÉMIE
SCLÉROSE
OLIGURIES



Métabolisme de l'azote du cholestérol et de l'eau

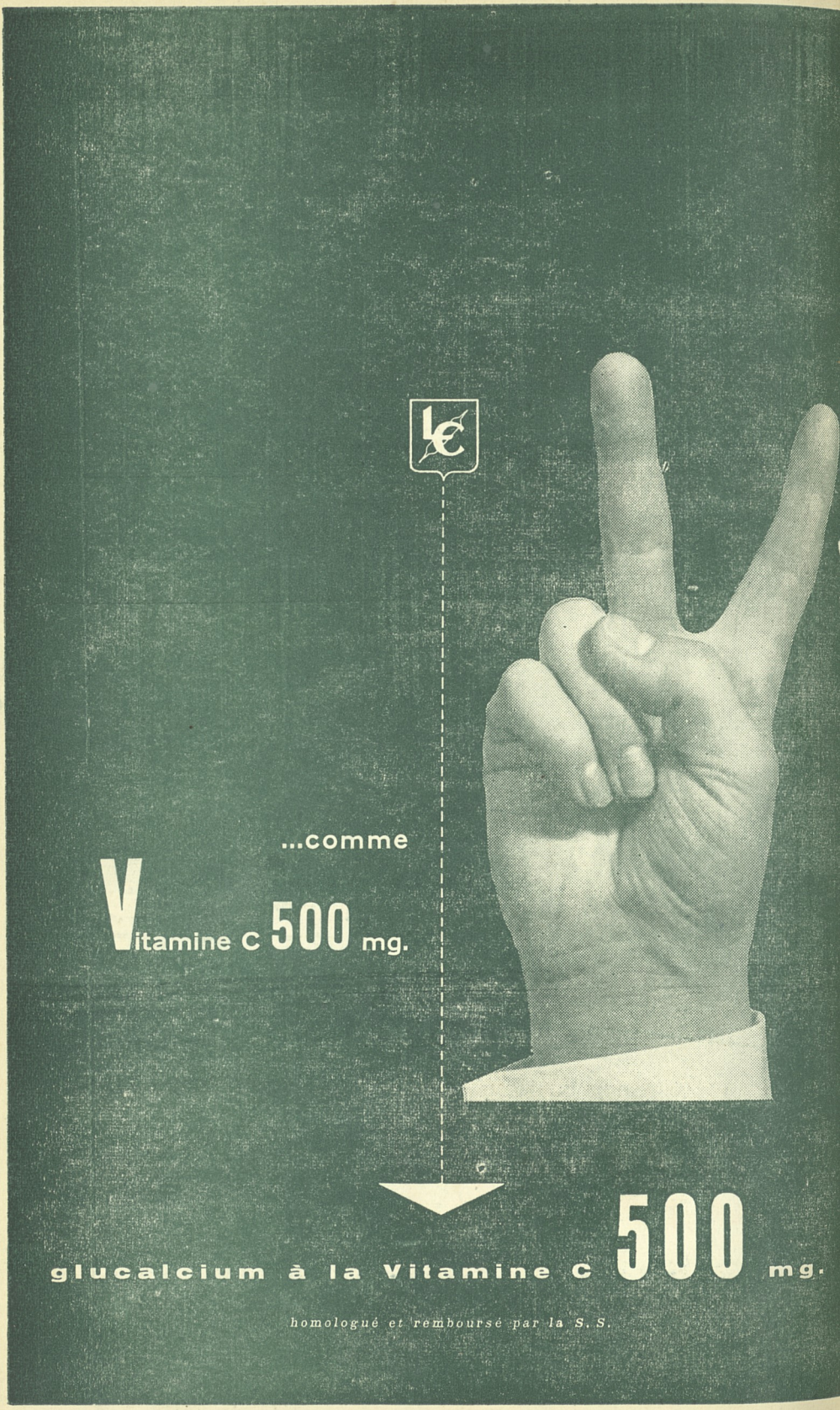
CHOPHYTOL

INJECTABLE

AMPOULES DE 5cc
TOUTES VOIES
DRAGÉES ET GOUTTES
PER OS
SUPPOSITOIRES
SIMPLES et COMPOSÉS

Remboursé par la Sécurité Sociale

LABORATOIRES ROSA - 11, RUE ROGER-BACON - PARIS


...comme
Vitamine C 500 mg.
glucalcium à la Vitamine C 500 mg.
homologué et remboursé par la S. S.

N° 6 Juin 1954

LA TUNISIE MEDICALE

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

et

BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI RÉUNIS

Siège Social : 25, Avenue de Paris — TUNIS

DIASAL

Le Sel diététique des régimes asodiques et des hypokaliémies

Aspect et goût du Sel

LABORATOIRE NATIVELLE - 27, Rue de la Procession - PARIS 15

BIPHÉDRINE

PÉNICILLINE

HUILEUSE AQUEUSE

EPANAL

COMPRIMÉS

SUPPOSITOIRES 1 · 2 · 3 · 5 · 10

NÉO-CODION

SUPPOSITOIRES

GOUTTES DRAGÉES

GASTRO-SODINE

PLURIBIASE

LABORATOIRES DU DOCTEUR E. BOUCHARA, 47, RUE DE BRETAGNE, PARIS III°

XXXXIIe ANNÉE - No 6
Juin 1954

LA TUNISIE MÉDICALE

ORGANE DE LA SOCIÉTE DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS, DU CONSEIL DE L'ORDRE DES MEDECINS DE TUNISIE

et

BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI RÉUNIS

Comité de publication

— Le Rédacteur en Chef	Dr M. Uzan	Comité de lecture
— Le Rédacteur en Chef Adjoint	Dr J. Cuénant	
— Le Président de la Société des Sciences Médicales	Dr Dupoux	
— Messieurs les	Dr H. Bonan	
	Dr M. Hadjoudj	
— Le Secrétaire de la Société des Sciences Médicales	Dr A. Sebag	
— Le Secrétaire du Conseil de l'Ordre .	N.....	
— Le Secrétaire du Syndicat Médical Français et Tunisien	Dr H. Coursières	
— Le Secrétaire du Syndicat des Médecins Tunisiens.....	Dr M. Azaïz	

Administration : L. Lemoine, 8, passage du 7 Mai — Tunis
Téléphone : 72-55

Publicité pour la France : **Stéphane BATARD**
4, Place de l'Hôtel de Ville - Le Raincy (S.-et-O.)
et 8, Rue Montyon - Paris IXe - Téléph. Provence 68.60

Reproduction interdite
Tous droits réservés pour tous pays

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

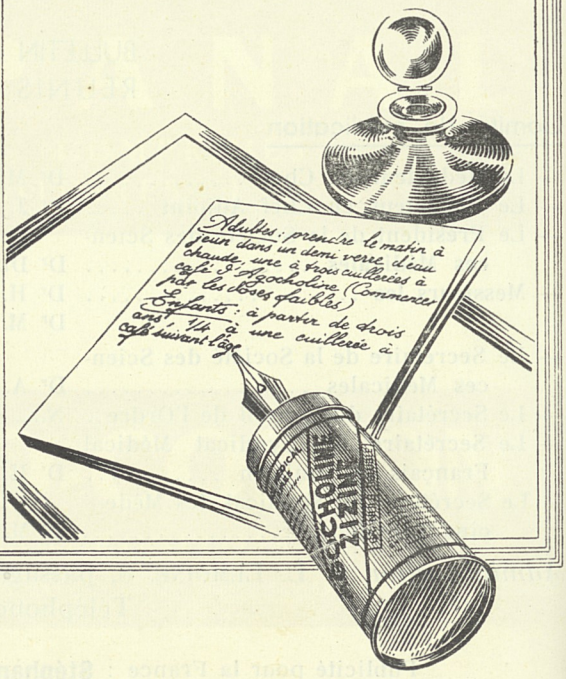
GRANULÉ SOLUBLE

AGOCHOLINE

DU DOCTEUR ZIZINE

AGENT DE DRAINAGE BILIAIRE d'une remarquable activité

Congestion du foie et de la vésicule biliaire. Lithiase biliaire. — Ictère. Cholécystites chroniques. Troubles digestifs et généraux d'origine hépatobiliaire.



ÉDITIONS PAUL MARTIAL — PARIS

LABORATOIRES ZIZINE — 24, RUE DE FÉCAMP — PARIS-12e

SOMMAIRE (1re Partie)

PAGES

Société des Sciences Médicales de Tunisie 627

Lambliase et dénutrition, par MM. S. BENMUSSA, M. CARUANA, B. HAMZA et Mme HADDAD 629

Deux cas de « diverticule du péricarde ». Problèmes de diagnostic, par A. CALO 635

Cancer primitif localisé du poumon — Lobectomie supérieure droite — Guérison opératoire, par R. KOSKAS, S. PIETRI et Ch. BEMBARON 643

Enfant bleu par tétralogie de Fallot — Premier cas opéré en Tunisie, par S. BENMUSSA, J. DEMIRLEAU, M. CARUANA, H. H. COHEN, B. HAMZA, B. RENAULD et ZOUAOUI 647

Stè des Sciences Médicales de Tunisie 655

Deux cas d'infiltrat à éosinophiles — Traitement par la Cortisone, par J. J. PAVIOT 657

A propos d'un cas de « pied de mine », par MABILLE et BERNÈS 661

A propos de quelques cas récents d'un syndrome d'allure épidémique du type « pneumopathie virale » observés chez l'enfant, par M. Albert SEBAG 665

Lymphome giganto-folliculaire — Maladie de Brill-Symmers, par S. BENMUSSA et Ch. ZÉRAH 675

UN COMPOSÉ IODO-SOUFRÉ DÉRIVÉ DE LA MÉTHIONINE
DIRECTEMENT ASSIMILABLE - BIEN TOLÉRÉ

LOBARTHROSE

IODURE DE MÉTHIONINE - MÉTHYLSULFONIUM
AMPOULES DE 1 cm³ POUR INJECTIONS INTRAMUSCULAIRES
dosées à 10 % (0,10 g par ampoule) boîte de 10 ampoules.

RHUMATISMES - ARTHROSES - ARTÉRIOSCLÉROSE

Agréée à l'usage des collectivités et de divers services publics.
Remboursable par la Sécurité Sociale.

LOBICA

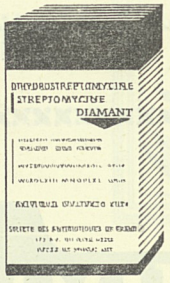
LABORATOIRES LOBICA - 25, RUE JASMIN - PARIS 16e

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

DIHYDROSTREPTOMYCINE
STREPTOMYCINE
DIAMANT

NEURO-TOXICITÉ RÉDUITE

permet les traitements de longue durée.



PRÉSENTATION

flacon contenant
0,50 g. de Dihydrostreptomycine
(à l'état de sulfate)
0,50 g. de Streptomycine
(à l'état de sulfate)

SOCIÉTÉ DES ANTIBIOTIQUES DE FRANCE
67, Boulevard Haussmann, Paris 8e
ANJou 46-30
TUNISIE : Ets H. BONAN — 34, Rue de Marseille — TUNIS

SOMMAIRE (2me partie)

PAGES

Accès de tachycardie paroxystique de longue durée — Insuffisance cardiaque grave — Résultats thérapeutiques, par A. CALO 681

Panorama actuel du diabète commun (suite et fin), par M. UZAN 693

Les IVes journées nord-africaines de pneumo-phtisiologie, par J. COUPIN 721

Syndicat médical français et tunisien 727

Société de Médecine de Paris 733

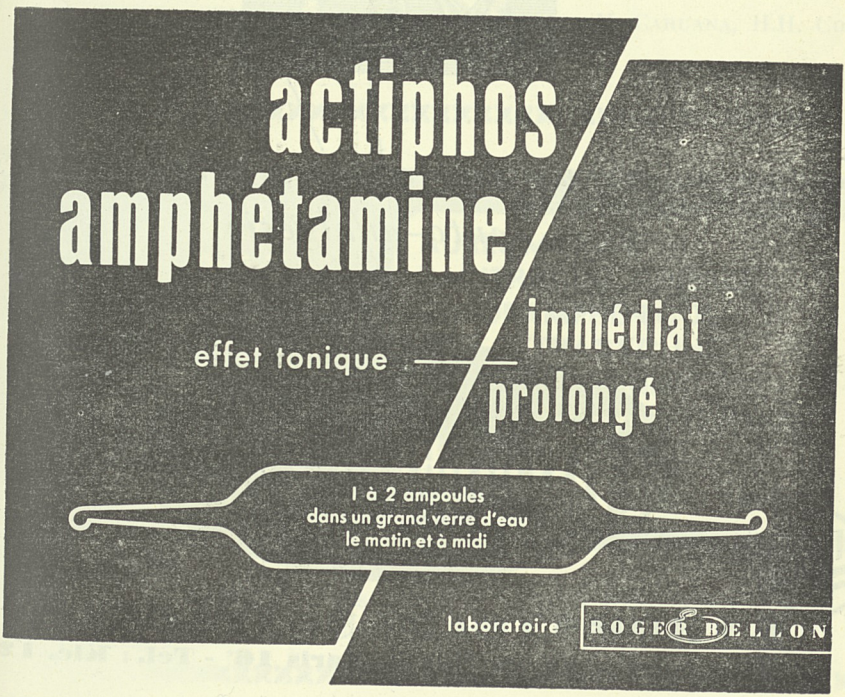
Société Médicale des Hôpitaux d'Alger 739

Informations 743

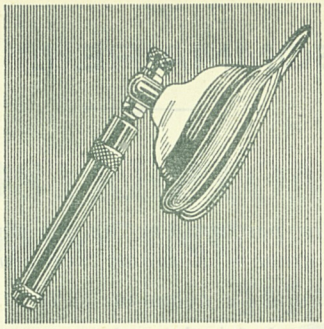
Présentation de films 745

Livres reçus 747

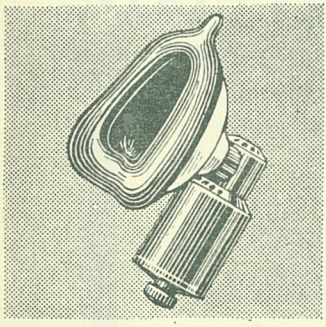
Errata 748



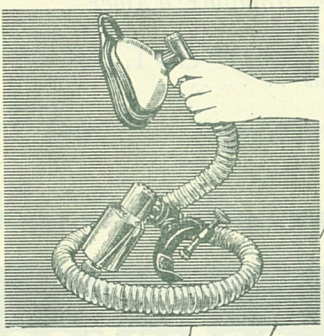
TUNISIE : Ets H. BONAN et Cie — 34, Rue de Marseille — TUNIS



trilène n° 1



trilène n° 2



trilène n° 2
avec montage spécial de fixation

Toute la gamme des appareils inhalateurs pour auto-analgésie

TRI.7

TRICHLORÉTHYLÈNE

ICI

LABORATOIRES AVLON S. A.

21, avenue Victor Hugo - Paris 16e - Tél. : Klé. 12-70

PUBLICIS

CONCESSIONNAIRES DE IMPERIAL CHEMICAL (PHARMACEUTICALS) LTD. FILIALE DE IMPERIAL CHEMICAL INDUSTRIES LTD.

TUNISIE : Ets NOTE - 61, Avenue Garros - TUNIS - Téléphone : 97.090

Société des Sciences Médicales de Tunisie

—o—

VENDREDI 14 MAI 1954

—o—

Communications :

Lambliase et syndrome de dénutrition,

par MM. S. Benmussa, M. Caruana, B. Hamza et Mme Haddad.

Deux cas de diverticule du péricarde — Problèmes de diagnostics,

par M. Aldo Calo.

Cancer primitif localisé du poumon — lobectomie supérieure droite. Guérison opératoire.

par MM. Roger Koskas, S. Pietri et S. Bembaron.

Enfant bleue par tétralogie de Fallot, Premier cas opéré en Tunisie. Guérison,

par MM. J. Demirleau, S. Benmussa, M. Caruana, H.H. Cohen, B. Hamza, Renauld et Zouaoui.



TUNISIE : Ets ZANA et COHEN-JONATHAN
14 bis, Rue Arago — TUNIS

OPO VEINOGÈNE

CALSCORBAT

LEVULOSE CHOLINE BIOSEDRA

GADEOL 20

MIGYL

Biosedra

LABORATOIRE BIOSEDRA 60, RUE DE ROME, PARIS 8e TÉL. LAB. 19-13 ET 19-14

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

LAMBLIASE ET DÉNUTRITION

Par MM. S. Benmussa — M. Caruana — B. Hamza et Mme Haddad.

—o—

La lambliase intestinale est d'observation courante dans notre pays. Nous avons toujours considéré cette affection comme une maladie bénigne ayant des troubles digestifs particuliers reconnaissables facilement à l'aspect des selles.

Cependant les auteurs anglais et hongrois ont signalé des atteintes graves de l'état général par hypovitaminoses multiples et stéatorrhées.

Nous avons pensé qu'il était intéressant de vous présenter l'observation suivante qui peut cadrer avec celles publiées en Europe.

OBSERVATION

Amor Ben A... âgé de 11 ans entre dans notre service de médecine infantile pour amaigrissement progressif, ayant abouti à un état précachétique, et chez lequel, l'examen des selles a révélé des lamblias.

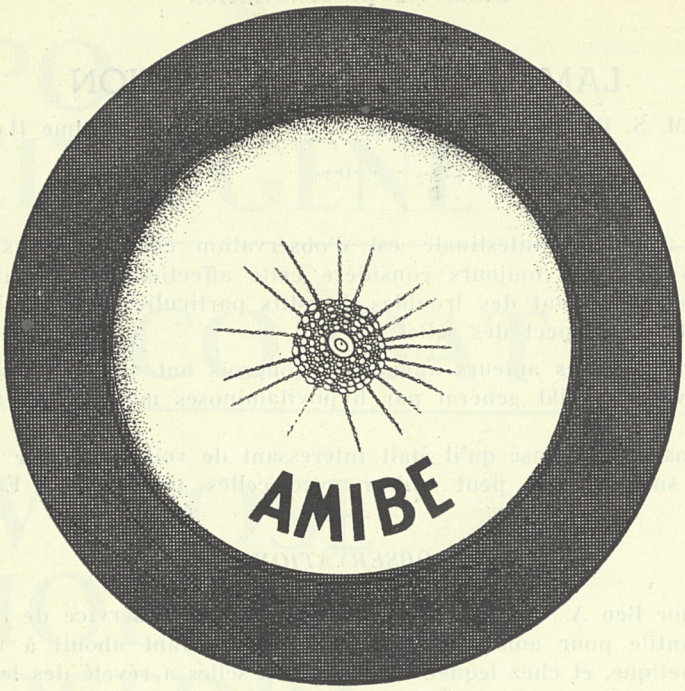
L'interrogatoire ne nous donne pas de renseignements suffisants, tout ce que l'on sait, c'est que le début remonte à 6 mois ,date à laquelle l'enfant a présenté un syndrome digestif aigu, fait de selles fréquentes, liquides, et d'un syndrome fébrile. Ce tableau d'abord aigu et d'installation brutale, est passé à la chronicité, et a déterminé une chute pondérale qu'on peut dire sans exagérer catastrophique.

En effet, à 11 ans, l'enfant ne pèse que 19 kg. L'amaigrissement est global et généralisé, mais prédomine surtout au niveau des membres, leur donnant un aspect grelé et squelettique. Le faciès est pâle, les yeux excavés, la peau est sèche et ichtiosique ridée au niveau du front, les muqueuses sont décolorées, la langue est lisse est il existe une cheilite labiale bilatérale.

L'abdomen est légèrement balonné, tympanique. Le foie déborde de deux travers de doigt le rebord costal, il est douloureux à la palpation. La rate n'est ni palpable ni percutable.

Les selles sont fréquentes, l'émission est précédée de douleurs assez violentes, elles sont tantôt liquides, tantôt semi solides, pâteuses, décolorées, mais non luisantes.

Par ailleurs, l'examen physique est normal. Par contre le comportement psychique est modifié, l'enfant toujours triste, accroupi sur son lit, plaintif, ne s'intéresse nullement à ce qui l'entoure. Son appétit est très bien conservé, il réclame même souvent à manger, et certains jours, il est difficilement rassasié. Cet état boulimique contraste, avec l'état cachectique progressif.



AMIBIASE

Crise aiguë

Selles négatives en 4 jours

- Tolérance parfaite;
- Améliore la formule sanguine;
- Effet sédatif du Brome.

PARAMIBE

UCEPHA

- Activité exceptionnelle sur l'Amibe;

DIBROMOOXYQUINOLEINE

Comprimés à 0,25 gr.

UCEPHA, 24, *Rue des Ursulines, Saint Denis* (*Seine*) *Plaine* 21.68

Au terme de l'examen physique, nous étions en présence d'un amaigrissement important survenu à la suite de troubles digestifs passés à la chronicité et dont il nous fallait trouver une étiologie.

Nous pratiquons les examens complémentaires suivants :

Examen des selles :

— parasitologique que décèle la présence de nombreux lamblias et des œufs de tricocéphales.

— Bactériologique : absence de salmonelles.

— Etude de la digestion des graisses :

1er jour : lipides ingérés : 120,5 g.
— éliminés : 1,5 g.
pourcentage d'absorption : 98,75%.

2e jour : lipides ingérés : 63,9 g.
— éliminés : 1,06 g.
pourcentage d'absorption : 98,33%.

L'examen des urines est normal; il n'y a ni sucre, ni albumine, et le culot urinaire ne montre pas des signes d'atteinte rénale.

La glycémie est à 0,92 g.

Le taux de protides est de 40 $^{0}/_{0}$ g.

L'hémogramme donne les résultats suivants :

G.R. :	3.380.000		
G.B. :	10.560		
P.N. :	58 %		
E. :	4%	H.G.	56 %
L. :	32 %		
Nono :	6 %		

La réaction est Mac Lagan est à 25.

Le taux de cholestérol est 1,15 gr. $^{0}/_{00}$.

Le sérodiagnostic est négatif.

Les épreuves tuberculiniques sont négatives et la radiographie des poumons est normale.

Les radiographies de l'estomac et du duodénum ne montrent pas d'anomalies.

En résumé, il s'agit d'un syndrome de dénutrition grave, survenu chez un enfant de 11 ans, et qui est l'aboutissement de troubles digestifs aigus, passé à la chronicité. Les examens complémentaires qui ont pu être pratiqués sont normaux, seul l'examen parasitologique des selles a révélé la présence de nombreux lamblias.

La présence des lamblias dans les selles des enfants est chose fréquente, et les troubles qu'elle provoque, sont connus et bénins le plus souvent et nous n'avons pas voulu croire au début à cette étiologie.

Nous instituons une thérapeutique symptomatique (extrait de foie. Vitamine du groupe B. Vitamine c. et anti-parasitaire (quinacrine 3 par jour pendant 5 jours).

L'amélioration est lente, entre-coupée de reprise de la diarrhée, et des douleurs de l'hypochondre droit.

Néanmoins, l'enfant quitte le pavillon après 3 mois 1/2 de séjour, ayant repris 3 kilos.

Il nous est ramené, quelques jours après dans un syndrome de déshydratation aigu, et il décède brusquement.

L'examen anatomo-pathologique, donne les résultats suivants :

Compte-rendu de l'Institut Pasteur :

Foie :

Sclérose périportale est. stéatose généralisée.

Rate :

Placard de périsplénite, congestion et fibrose de la pulpe rouge, manchon fibreux périartériolaire au niveau des corpuscules de Malpighi, dont les centres sont hyalinisés.

Pancréas :

Fibrose et infiltrat inflammatoire détruisant des lobules glandulaires.

Vésicule biliaire : La cadavérisation nuit à l'interprétation des lésions.

Atrophie de la muqueuse qui n'est plus représentée que par quelques franges épaisses.

Le chorion est infiltré d'éléments lymphoïdes groupés en nodules ou dessinant des traînées.

Fibrose des autres couches.

Duodénum :

Atrophie de la muqueuse portant sur les glandes qui sont réduites à quelques rares glandules et sur le chorion.

Sclérose de la sous-muqueuse qui est abondamment infiltrée par des cellules mononuclées.

Sclérose également de la sous-séreuse.

Sur un autre fragment intestinal, on retrouve cette même sclérose et ce même infiltrat au niveau de la sous-muqueuse.

Mais de plus, des glandes de la muqueuse sont etouffées à l'intérieur d'un infiltrat massif du chorion par des cellules mononuclées.

Il est impossible de les identifier par suite de la pycnose des noyaux.

*
* *

Cette observation appelle quelques commentaires. En premier lieu disons tout de suite que nous avons hésité à attribuer uniquement à

l'infestation par les lamblias, un tableau de dénutrition aussi grave. Cependant le début par un tableau de troubles digestifs fébriles, semble confirmer l'origine digestive des troubles chroniques de dénutrition qui se sont installés par la suite.

MULLER, ANIMO et GARNIER de St-Etienne ont publié dans le journal Pédiatrie — 15 observations de formes fébriles de Lamblias intestinales passées à la chronicité.

ROCH et LAURENCE de Genève à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris publient une observation de stéatorhée, accompagnée d'un œdème de carence avec baisse importante des protides chez une jeune femme ayant vécu en Indochine. Ce tableau ayant évolué vers un syndrome d'hypovitamine B1 B2 et A.

VEGHELYE de Budapest, dans une courte communication à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, confirme l'observation de ROCH et LAURENCE et rappel'e toute une biographie sur les accidents graves de dénutrition provoqués par les Lamblias surtout la Lambliase avec début aigu fébrile.

Dans notre observation, contrairement à la plupart des auteurs précédents, nous n'avons constaté aucun trouble de l'absorption des graisses, par contre le syndrome dénutritionnel et d'hypovitaminose signalés par les auteurs nous les retrouvons au complet, et suffisamment grave pour avoir entraîné la mort du jeune malade.

Sans doute il ne nous est pas possible d'apporter une preuve formelle de l'étiologie parasitaire du syndrome. Cependant, nous n'avons trouvé aucune autre étiologie possible, nous avons considéré qu'il était utile de signaler le fait afin d'établir ainsi un point de départ de recherches futures, sur les causes des syndromes de dénutrition graves assez fréquents dans notre pays.

Foie - Fer - Cobalt

TOT' HÉMA

8 gammas
Vitamine B12

Une à deux **ampoules buvables** par jour

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

NEUTRAPHYLLINE

DÉRIVÉ SOLUBLE · STABLE · NEUTRE de la THÉOPHYLLINE

AMPOULES	COMPRIMÉS	SUPPOSITOIRES	FLACONS AÉROSOLS
3 cm3 = 30 cg.	15 cg	ADULTES : 40 cg. ENFANTS : 15 cg.	25 cm3 à 7 %

ET

ASSOCIATIONS

COMPRIMÉS — SUPPOSITOIRES

NEUTRAPHYLLINE AU PHÉNOBARBITAL

•

NEUTRAPHYLLINE-PAPAVÉRINE-PHÉNOBARBITAL

•

NEUTRAPHYLLINE-ASPIRINE-PHÉNOBARBITAL

DOCUMENTATION ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

LABORATOIRES HOUDÉ
9, RUE DIEU, PARIS (Xe) - NOR 40-58

TOUTES FORMES REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

273

TUNISIE : SPECIMEDHY 37, Rue d'Isly — TUNIS

Ed. du MARQUOIS

Le pansement de marche

ULCÉOPLAQUE

du Docteur Maury

CICATRISE

- PLAIES ATONES
- ESCARRES
- ULCÈRES VARIQUEUX

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

ULCÉOPLAQUE

2 DIMENSIONS :
ULCÉOPLAQUE N° 1 5×6 cm.
ULCÉOPLAQUE N° 2 7×9 cm.



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

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

LABORATOIRE SÉVIGNÉ - R. MAURY. Ph , 76, r. des Rondeaux - PARIS

Deux cas de "diverticule du péricarde" Problèmes de diagnostic

par A. Calo

—o—

Affection rarissime, ne donnant lieu qu'à de rares petits troubles fonctionnels sans caractère particulier et ne se traduisant par aucun signe clinique objectif, le diverticule du péricarde devait constituer pendant longtemps une découverte d'autopsie. Depuis la première observation de Hart, qui remonte à 1837, une trentaine de cas, purement nécropsiques, avaient été publiés lorsque, avec l'avènement de la radiologie qui en a permis le diagnostic *in vitam*, leur nombre a rapidement plus que doublé. Mais, « dans cette série moderne, — observe Mahaim qui en a fait en 1945 une revue générale —, il y a cependant 34 cas sans aucune confirmation anatomique et 11 cas seulement contrôlés à l'autopsie ou au cours d'une intervention chirurgicale ». Dans bon nombre des observations non vérifiées, le diagnostic semble ne pas avoir été posé avec toutes les garanties nécessaires et, même lorsqu'il émanait de cliniciens très avertis, il lui est arrivé d'être infirmé sur la table opératoire. Aussi n'est-ce qu'avec les plus formelles réserves que nous présentons ici, sous l'étiquette de diverticules du péricarde, deux observations pratiquement superposables à d'autres publiées ces dernières années sous cette appellation, leur étude nous paraissant surtout intéressante par les problèmes de diagnostic qu'elle n'a pas manqué de soulever.

OBSERVATION I*

A la suite d'un examen radiologique systématique de dépistage scolaire, effectué au début de 1952, les parents de Claude A., âgé de 16 ans, sont informés que leur fils présente une importante dilatation cardiaque. L'intéressé, lui, se porte tout à fait bien, il n'a jamais eu de maladies marquantes et, lorsqu'il a été examiné pour de petites indispositions banales, rien n'a attiré l'attention du côté du cœur. Pratiquant un peu la politique de l'autruche (qui, comme nous le verrons plus loin, était en la circonstance la meilleure), on ne pense plus à cet avertissement.

L'année suivante, nouvel examen scolaire, même résultat. Entre-temps le jeune homme avait commencé à ressentir une certaine dyspnée d'effort. La note du Médecin Inspecteur des Ecoles est alors prise en considération, on s'en inquiète, le médecin traitant à qui on amène l'adolescent confirme l'existence d'une ombre cardiaque anormale et nous l'adresse pour avis et traitement.

---

* Nous remercions vivement le Professeur P. Soulié qui, ayant examiné ce sujet, nous a aidé de ses précieux conseils.

L'examen clinique ainsi que l'électrocardiogramme donnent des résultats normaux. La scopie et une série de radiographies montrent une très importante saillie pulsatile de l'arc moyen et posent les données du problème.

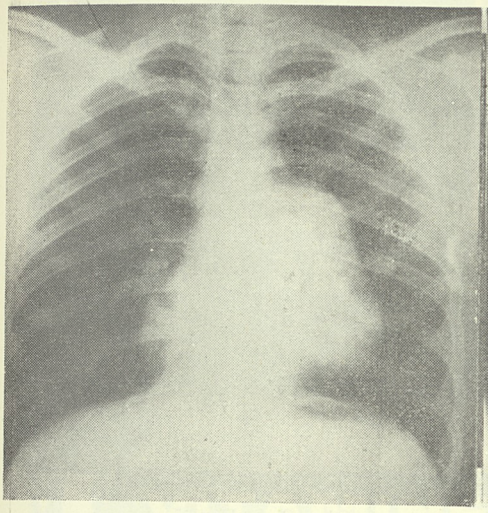
Le diagnostic radiologique des saillies de l'arc moyen est des plus complexes et des plus difficiles; dans le cas présent on pouvait discuter plusieurs hypothèses.

Le **retrécissement mitral** pouvait facilement être éliminé par l'absence de tout antécédent rhumatismal et de tout signe d'auscultation et, du point de vue strictement radiologique, par l'examen dans les positions obliques et dans les transverses qui montrait une oreillette gauche de volume normal, éloignée de la colonne et ne déformant pas l'œsophage opacifié.

Une **dilatation congénitale de l'artère pulmonaire** paraissait plus probable par la latence même de l'affection et par l'aspect radiologique en transverse gauche, position dans laquelle la partie supérieure du bord antérieur de l'ombre cardiovasculaire, celle qui correspond à l'infundibulum pulmonaire, comblait l'espace rétrosternal. C'est donc à ce diagnostic qu'on aurait logiquement pu s'arrêter si un examen plus approfondi n'avait montré qu'il s'agissait en réalité d'une masse paracardiaque dont l'ombre se superposait à celle du cœur.

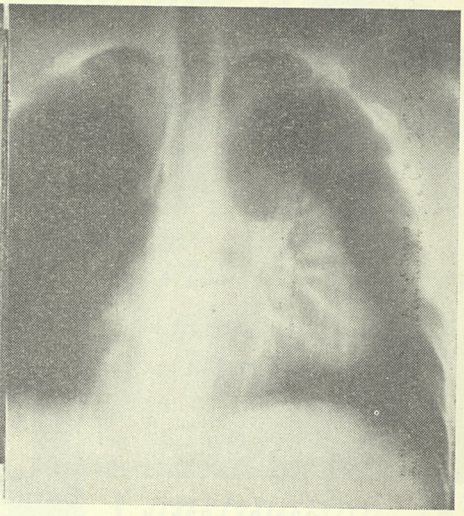
L'examen en inspiration forcée modifie complètement l'image radiologique et une série de tomographies en précise les caractéristiques. Au-dessous de la crosse aortique, très peu saillante, le bord gauche de l'ombre cardiaque comprend trois festons. La voussure supérieure correspond à ce qui avait été pris pour l'arc moyen; celle du milieu, piriforme, qui semblait être la pointe, se dégage bien du diaphragme et se montre indépendante de la partie inférieure de l'ombre cardiaque elle-même qui, beaucoup plus interne, constitue le troisième arc. Les deux premiers festons appartiennent donc à une masse bilobée, à limite extérieure nette et comme coupée à l'emporte-pièce, d'opacité semblable à celle du cœur dont elle n'est séparée par aucun plan de clivage ainsi que le montrent les tomographies. Le troisième feston est donné par la pointe; si on fait abstraction de la masse paracardiaque, le cœur apparaît alors avec un volume strictement normal et se présente légèrement déplacé à droite, probablement sous l'action de cette masse qui vient exercer son poids sur son bord gauche; aussi celui-ci se rapproche-t-il sensiblement de la ligne médiane et devient-il presque vertical (ce qui fait que la masse ventriculaire semble très réduite) et le bord droit déborde-t-il sensiblement le sternum.

Ces images rappelaient étrangement deux séries de radiographies publiées en 1938 par Lenègre, Heim de Balsac et Lubas et, en 1944, par Donzelot, Bardin et Heim de Balsac sous l'étiquette de **diverticule du péricarde.** On retrouve dans ces cas, comme dans le nôtre, le même aspect trompeur au cours de la respiration normale et, en inspiration profonde, la même masse paracardiaque gauche qui se détache nettement du cœur; le volume de celui-ci est normal et sa masse légèrement refoulée à droite.



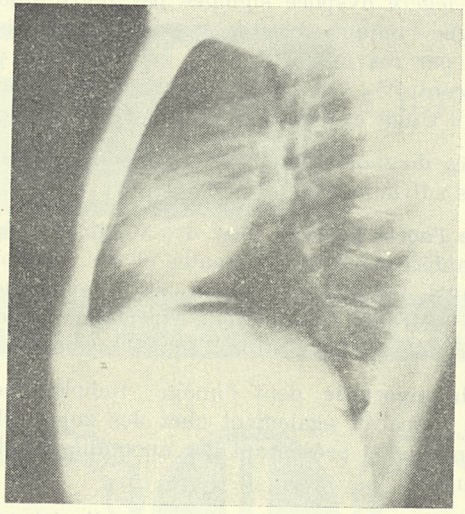
Obs. 1 — Fig. 1

Thorax en inspiration profonde



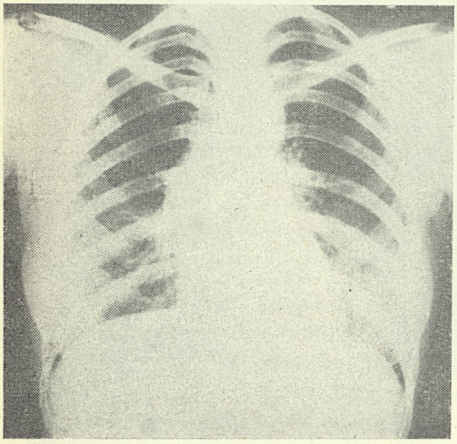
Obs. 1 — Fig. 2

Tomographie à 10cm. du plan postérieur



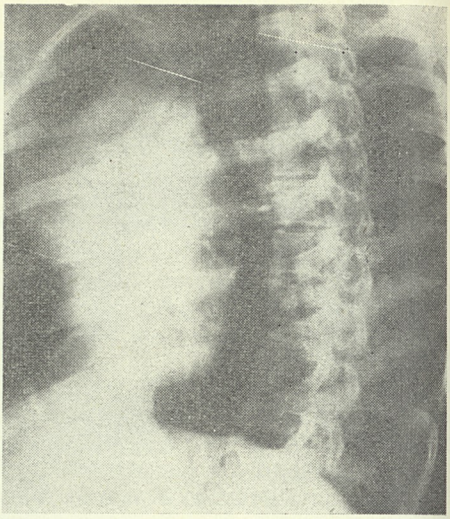
Obs. 1 — Fig. 3

Thorax en transverse gauche



Obs. 2 — Fig. 4

Thorax en frontale antérieure



Obs. 2 — Fig. 5

Thorax en transverse gauche

Du point de vue clinique on remarque également la même latence fonctionnelle (nous verrons plus loin l'importance et la signification qu'il faut attribuer à la légère dyspnée signalée par notre sujet) et la même absence de tout signe clinique objectif. Aussi, tout en faisant nôtres les réserves formulées par ces auteurs et par ceux qui ont publié d'autres cas analogues non contrôlés à l'autopsie, pouvons-nous avancer que, dans notre observation, il s'agit également d'un diverticule du péricarde.

Différents autres diagnostics nous avaient semblé pouvoir être écartés pour les raisons suivantes :

L'**anévrisme de l'aorte** apparaît chez des sujets plus âgés, présentant généralement des antécédents, des stigmates et des réactions sérologiques propres à la syphilis, les signes cliniques et radiologiques d'une aorto-cardiopathie et une tolérance fonctionnelle exceptionnellement aussi bonne que celle des diverticules du péricarde.

L'**anévrisme du myocarde**, dont l'image radiologique peut parfois prêter à confusion, apparaît également chez des sujets plus âgés, ayant eu des crises angineuses et présentant des anomalies électrocardiographiques caractéristiques.

Les **pleurésies enkystées** se distinguent par l'existence d'antécédents pleuro-pulmonaires, par la moindre latence fonctionnelle et par la présence d'un plan de clivage avec le cœur; leurs bords sont immobiles et souvent moins nets, elles coexistent souvent avec d'autres lésions pleuro-pulmonaires.

Complexe vitaminique B

ENTEROSPASMYL

Logeais

VITAMINÉ SIMPLE comprimés — A.S. — Remplace le granulé

Constipation
insuffisance hépatique

VITAMINÉ MUCILAGINEUX granulé — A.S.

Constipation
spasmes coliques

VITAMINÉ MUCILAGINEUX Sans Rhamnus ni Belladone granulé — A.S. et A.M.G.

Constipation
obésité

COMPRIMÉS *aux repas* **GRANULÉ** *matin et soir*

LOGEAIS

Les **kystes hydatiques** seront reconnus à l'histoire clinique (contact avec des chiens, poussées d'urticaire, vomiques), à leur aspect radiologique (forme sphérique, absence de modifications avec les changements de position et avec les mouvements respiratoires, existence d'un plan de clivage avec l'ombre cardiaque) et, en cas de doute, à leurs signes biologiques (éosinophilie, intradermo-réaction de CASONI).

Les **autres formations kystiques** (kystes dermoïdes, tératomes, lymphangiolipomes) présentent les mêmes caractères radiologiques différentiels que les précédents.

Les **tumeurs malignes du médiastin** donnent des signes de compression et d'invasion médiastinale et ont généralement des bords flous et irréguliers.

Enfin, pour revenir à notre observation, nous signalerons qu'il suffit de rassurer le sujet pour obtenir la disparition de sa dyspnée, symptôme qu'il avait commencé à ressentir seulement après que son attention eut été attirée sur l'état de son cœur.

OBSERVATION II

Mlle Jacqueline S., 28 ans, nous est adressée le 30 mars 1954 parce que, lors d'un examen radiologique systématique effectué pour établir si elle était apte ou inapte aux fonctions actives d'enseignement, on avait constaté une anomalie du bord droit de l'ombre cardiaque.

Dans ses antécédents on retrouve une scarlatine à 9 ans et une typhoïde à 10 ans. Le sujet n'accuse aucun trouble fonctionnel et ne se considère pas malade. L'examen clinique et l'électrocardiogramme ne décèlent rien d'anormal.

L'examen radiologique montre en position frontale antérieure une voussure accentuée du tiers moyen du bord droit de l'ombre cardio-vasculaire, voussure à limites extérieures nettes, légèrement pulsatile, semblant faire masse avec le reste de l'ombre cardiaque et ayant la même opacité que celle-ci. En transverse gauche le bord postérieur du cœur est séparé de la colonne par un large espace clair, et la moitié supérieure du bord antérieur présente une importante saillie qui pointe vers le sternum. Cœur et aorte ont par ailleurs un aspect normal.

Instruit par l'observation précédente, nous avons aussitôt pensé à un diverticule du péricarde. Ici le diagnostic différentiel pouvait également mettre en cause un retrécissement mitral avec grosse oreillette gauche se développant à droite, un anévrisme de l'aorte, une pleurésie enkystée, un kyste hydatique ou d'autre nature et une tumeur maligne du médiastin; le même raisonnement nous a permis d'éliminer toutes ces affections et de considérer cette jeune fille comme apte à la profession à laquelle elle se destinait.

Nous ne terminerons pas sans insister sur le fait que, dans cette observation comme dans la précédente, le diagnostic ne peut être avancé

que sous certaines réserves car, comme l'a fait remarquer MAHAIM, « il n'existe aucun critère parfaitement sûr pour distinguer le diverticule du péricarde d'une pleurésie médiastinale enkystée, d'un kyste dermoïde ou d'une tumeur bénigne ou, encore, d'un kyste bronchique ». Seul, le caractère stationnaire des signes cliniques et de l'image radiologique pourra confirmer ce diagnostic, ce qui n'est naturellement possible qu'avec un long recul.

RESUME

Chez deux jeunes sujets, ne présentant aucun trouble fonctionnel et aucun signe clinique objectif, on découvre, à l'occasion d'un examen radioscopique systématique, une volumineuse masse paracardiaque ayant les caractères décrits à propos des diverticules du péricarde.

Ce diagnostic est retenu, avec les réserves nécessaires, après avoir éliminé les autres affections intra-thoraciques capables de donner des images radiologiques analogues.

BIBLIOGRAPHIE

ARRILAGA F.C., DONOVAN C. et TAQUINI A.C. : *Diverticule du péricarde.* Arch. Mal. Cœur, 1938, *31* : 235-242.

CASTEL Y. : *Diverticules du péricarde.* Enc. Méd. Chir., 11015 A 50, nov. 1953.

DONZELOT E., BARDIN P. et HEIM DE BALSAC R. : *Un nouveau cas de diverticule du péricarde.* Arch. Mal. Cœur, mai-juin 1944, *37* : 60-63.

LAUBRY Ch., COTTENOT P., et HEIM DE BALSAC R. : *Radiologie clinique du cœur et des gros vaisseaux. 2* : 299, Masson, Paris 1939.

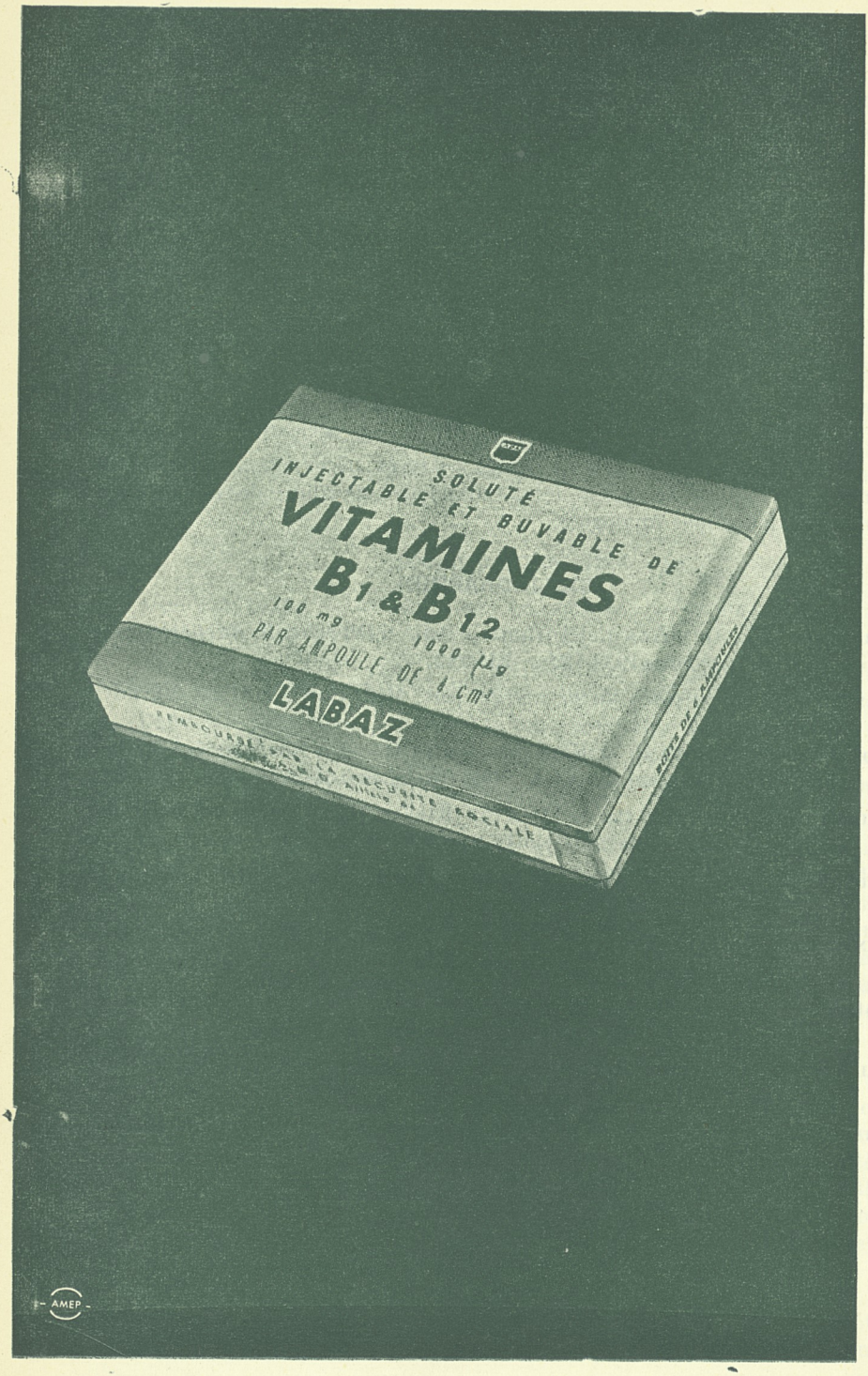
LAUBRY Ch. et HEIM DE BALSAC R. : *Diverticule du péricarde.* Arch. Mal. Cœur, 1938, *31* : 432-436.

LENÈGRE J., HEIM DE BALSAC R. et LUBAS F. : *Un nouveau cas de diverticule du péricarde.* Arch. Mal. Cœur 1938, *31* : 1138-1141.

MAHAIM I. : *Les tumeurs et les polypes du cœur. Etude anatomoclinique.* Masson, Paris et Roth, Lausanne, 1945 : 425.

PAISSEAU G. et WEILL J. : *Diverticule du péricarde.* Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1er juillet 1938, *54* : 1319-1323.

PRADO DE ALMEIDA *A.* : *Anévrysme du sinus de Valsava ou diverticule du péricarde.* Presse Méd., 6 févr. 1940 : 143-147.



TUNISIE : Ets NOTE — 61, Avenue Garros — TUNIS - Tél. 97-090

Cancer primitif localisé du poumon
Lobectomie supérieure droite
Guérison opératoire

par R. Koskas, S. Pietri, Ch. Bembaron
(Service de Chirurgie B. de l'Hôpital de la Libération)

—o—

Le 5 mars dernier le Dr Bembaron nous adresse dans le service un malade âgé de 50 ans M. Mohamed B... avec le diagnostic de tumeur du poumon droit.

Voici l'histoire de ce malade. Depuis un an environ il se plaint d'un point de côté de l'hémitorax droit à la base et surtout au niveau du creux axillaire. Depuis cette date une expectoration muco-purulente assez abondante et fétide est apparue entrecoupée de fréquentes hémoptisies de faible importance. Son état général s'est notablement altéré et l'asthénie, l'anorexie, un amaigrissement important se sont installés. Le malade est pâle mais, fait à signaler, non fébrile et il n'a jamais présenté de fièvre depuis le début de l'affection.

La Radiographie du thorax faite avant son arrivée à l'hôpital retient immédiatement l'attention par l'aspect particulier de l'image. On voit en effet une large opacification de forme irrégulièrement triangulaire à topographie périphérique sur le lobe supérieur du poumon

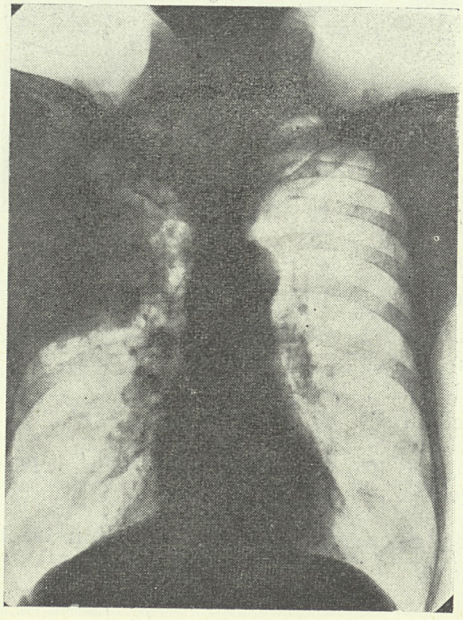


Fig 1.

droit. La zone juxta hilaire du lobe reste par contre parfaitement libre (cliché N° 1).

Un rapide examen clinique montre à la percussion une matité du sommet droit s'étendant latéralement vers le creux axillaire. Pas de souffle. Pas de râle à l'auscultation. Examen général : malade amaigri - foie normal - T.A. 10-7.

La nature de la lésion reste difficile à préciser et devant la gravité de l'évolution nous décidons une thoracotomie exploratrice. Auparavant cependant des tomographies sont demandées comme complément d'investigation. Les coupes pratiquées à 5-7-9-11 cm. montre que la densification est parenchymateuse car on la retrouve à tous les niveaux. Aucune image cavitaire n'apparaît en profondeur. (cliché N° 2).

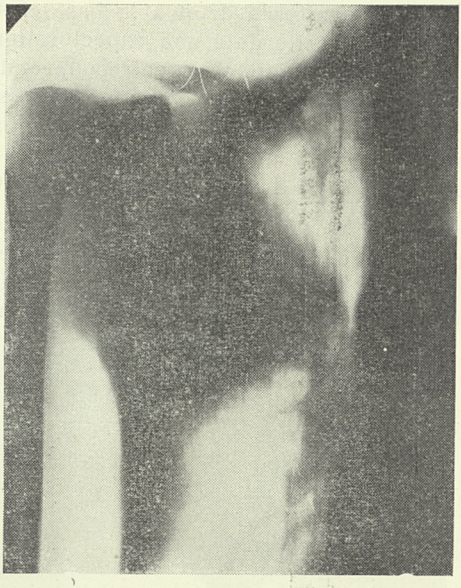


FIG. 2.

Examens préopératoires : Urée sanguine : 0 gr., 30.

Hémogramme :

Globules Rouges : 3.200.000 Hémoglobine 59 %
Globules Blancs : 9.200
Polynucléaires : 61 %
Mononucléaires : 39 %.

L'intervention est pratiquée le 24 mars 1954 (Opérateur Dr KOSKAS, Aides : Drs PIETRI - ZIRAH)

Anesthésie en circuit fermé avec intubation trachéale - Nesdonel - Curdre - oxygène.



RIVIÈRE ET MARÉCAGE EN BASSE-GUINÉE.

THÉRAPEUTIQUE DES AFFECTIONS INTESTINALE

RÉMARSAL ★ RHODIACARBINE ★ GANIDA

BÉMARSAL

4763 R. P. BIS (P. ARSONOPHÉNYLAMINO) - 1,2 ÉTHANE, SEL SODIQUE

NOUVELLE CHIMIOTHÉRAPIE DE L'AMIBIASE INTESTINALE ★ PUISSANTE ACTIVITÉ THÉRAPEUTIQUE
BONNE TOLÉRANCE GÉNÉRALE ★ SANS TOXICITÉ AUX DOSES HABITUELLES

COMPRIMÉS A 0,50 g (Flacons de 20)

★

AMIBIASE INTESTINALE ÉVOLUTIVE ET CHRONIQUE
ENTÉRITES A TRICHOMONAS

ADULTES : 2 g PAR JOUR
ENFANTS : 0,05 g PAR KG DE POIDS ET PAR JOUR
(2 CURES DE 10 JOURS CONSÉCUTIFS A 6 SEMAINES D'INTERVALLE)

RHODIACARBINE

PATE ANTIDYSENTERIQUE SELON LA FORMULE DE RAYAUT
(SOUS NITRATE DE BISMUTH — IPÉCA — MIXIOD — CHARBON VÉGÉTAL)

GRANULÉS (Boîtes de 150 g) ★ COMPRIMES (Tubes de 20)

★

AMIBIASE CHRONIQUE
(CURES ALTERNÉES AVEC LE BÉMARSAL OU LE STOVARSOL)
COLITES - ENTÉRO COLITES - FERMENTATIONS INTESTINALES
INTOXICATIONS ALIMENTAIRES
1 A 3 CUILLERÉES A CAFÉ DE GRANULÉS OU 1 A 3 COMPRIMÉS PAR JOUR

GANIDAN

SULFAGUANIDINE
SULFAMIDE SPÉCIFIQUE DES INFECTIONS INTESTINALES

COMPRIMÉS A 0,50 g (Tubes de 120)

DIARRHÉES SAISONNIÈRES ★ DYSENTERIE BACILLAIRE ★ GASTRO-ENTÉRITES
SYNDROME ENTÉRO-RÉNAL ★ TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE DE L'AMIBIASE
(MÉTHODE DE HARGREAVES-BLANC)

ADULTES : 6 A 8 g ★ NOURRISSONS : 1 g
ENFANTS : JUSQU'A 8 ANS : 2 A 3 g
— : DE 8 A 12 ANS : 3 A 4 g
PAR JOUR EN 2 PRISES
CURES DE 5 A 8 JOURS

SOCIÉTÉ PARISIENNE
D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES
RHÔNE Specia POULENC
PARIS
INFORMATION MÉDICALE
28, COURS ALBERT 1er - TÉL. BAL. 10-70
Boîte postale 490-08 - Paris 8e

Le malade recevra au cours de l'intervention 1 litre 500 de sang conservé.

Compte-rendu opératoire. — Large thoracotomie droite après ablation de la 5e côte. Ouverture de la plèvre. On découvre une masse tumorale grosse comme un pamplemousse occupant la majeure partie du lobe supérieur. Il existe une forte adhérence entre cette masse et la paroi postro-externe du thorax. Libération progressive du lobe tumoral qui se révèle assez hémorragique et difficile surtout en arrière et vers le sommet. Finalement le lobe supérieur est entièrement dégagé et on décide la lobectomie car le reste du poumon est sain et il n'y a pas de ganglions perceptibles dans le hile. La tumeur est nettement localisée au lobe supérieur. Abord de l'artère lobaire supérieure qui est liée et sectionnée. Ligature et section de la veine lobaire supérieure. Abord par la scissure des autres artères du lobe. Enfin libération, section et fermeture de la bronche principale du lobe supérieur, Ablation du lobe supérieur. Pleuralisation du moignon bronchique. Fermeture du thorax après mise en place de drains pour aspiration continue.

Le malade grâce à la perfusion de sang a bien supporté l'intervention et sa T.A. en fin d'opération est à 12-8.

La pièce opératoire est ouverte au niveau de la tumeur qui affleure à la corticale externe du lobe. La masse tumorale très dure à sa périphérie est ramollie en son centre par un processus étendu de nécrobiose. Plusieurs fragments en sont prélevés et adressés à Mme Gordeff pour examen histologique.

Voici le compte-rendu de l'Anatomo-pathologiste.

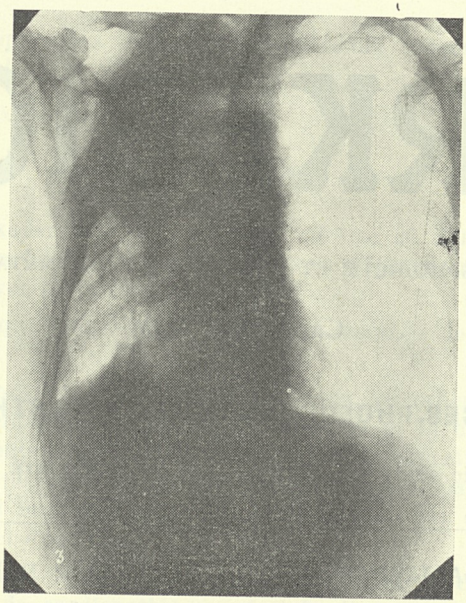


Fig. 3.

Tumeur du poumon. Tous les fragments prélevés ont été examinés, la majorité d'entre eux intéresse une masse tumorale faite d'une nappe de cellules sillonnées de fins axes conjonctivo-vasculaires. Ces éléments tumoraux sont nombreux et pourvus de noyaux multiples. La structure est totalement atypique. Sur un seul fragment à côté de zones où la prolifération est atypique existent quelques foyers où la lumière est faite de cellules cylindro-coliques, groupés en formation canaliculaire.

Cette masse néoplasique est remaniée par un processus de nécrobiose intense.

Epithélioma cylindrique et atypique primitif du poumon.

Les suites opératoires sont satisfaisantes. Le malade commence à se lever au bout de quelques jours et sa température est normale. Des clichés post-opératoires sont pris à intervalles réguliers. Le poumon restant revient bien à la paroi et l'épanchement post-opératoire disparaît rapidement. (cliché N° 3). L'état général du malade s'améliore de jour en jour. La plaie opératoire est parfaitement cicatrisée. Il est encore trop tôt pour préjuger de l'avenir de ce malade.

Le pronostic éloigné des exérèses pulmonaires dépend de plusieurs facteurs : Nature histologique. (Les tumeurs à petites cellules ont sans doute la plus grande malignité). Extension locale. Extension lymphatique. Mais on peut obtenir chirurgicalement la guérison d'un cancer bronchopulmonaire à condition d'intervenir tôt. Comme toujours en matière de cancer c'est du dépistage systématique et de la précocité de l'intervention qui dépendent les succès opératoires à longue échéance.

ARKEBIOS

(ACIDE PHOSPHORIQUE ET PHOSPHATES MONOMÉTALLIQUES :

Ca, Na, K, Mg)

CARENCES-PHOSPHO-CALCIQUES - ASTHENIES

flacon cte-gouttes 45 cc. SÉCURITÉ SOCIALE

Laboratoire **R. GALLIER**, 1 bis, place du Président Mithouard, Paris 7e

SPECIMEDHY, 37, rue d'Isly — TUNIS

ENFANT BLEU PAR TÉTRALOGIE DE FALLOT

—o—

Premier cas opéré en Tunisie
Guérison

par S. Benmussa, J. Demirleau, M. Caruana, H. H. Cohen, B. Hamza, B. Renauld et Zouaoui

—o—

La Tétralogie de Fallot est la plus commune des cardiopathies congénitales cyanogènes. Elle comporte anatomiquement une quadruple malformation :

— dextroposition de l'aorte qui se trouve à cheval sur les deux ventricules;
— communication interventriculaire;
— retrécissement artériel pulmonaire, intéressant habituellement les sigmoïdes;
— hypertrophie du ventricule droit.

C'est en opérant cette malformation par un shunt dérivant le sang noir artériel (sous-clavière gauche), vers l'artère pulmonaire en aval de la sténose, que Blalok inaugura en 1945 l'ère de la chirurgie cardiaque proprement dite.

L'observation que nous rapportons aujourd'hui concerne un cas de Tétralogie de Fallot opéré avec succès.

OBSERVATION

Le petit Abdelkader, âgé de 5 ans, est adressé au Service d'Enfants de l'Hôpital Charles Nicolle, par le Dr Mahjoub d'Hammam-Lif pour cyanose congénitale avec polyglobulie.

L'histoire clinique très simple, peut être résumée de la façon suivante :

Dès sa naissance, au terme d'une grossesse parfaitement normale, on constate que l'enfant est cyanosé; l'allaitement et la croissance sont normaux. Les parents sont surtout frappés par l'exagération de la cyanose lors des cris ou des mouvements, puis plus tard, par une dyspnée d'effort telle, qu'au bout de quelques mètres l'enfant est obligé de s'arrêter de marcher, et s'accroupit.

A son entrée dans le service, la seule inspection de cet enfant, impose le diagnostic de cardiopathie congénitale. Il est, en effet, constam-

ment accroupi, ses lèvres, ses pommettes ainsi que les doigts et les orteils où siège un hypocratisme prononcé, sont cyanosés. Les gencives et la langue sont violettes. Les conjonctives sont injectées.

L'enfant est maussade, et pleure à la moindre tentative de déplacement ou d'examen.

L'auscultation révèle la présence d'un souffle systolique frémissant, maximum dans le 3e espace intercostal gauche. Le deuxième bruit pulmonaire est normal, non dédoublé. Le reste de l'examen somatique est négatif.

L'examen radiologique montre un cœur de dimension normale, avec un arc moyen peu accusé en frontale, nettement concave dans les positions obliques, une pointe en situation normale, un débord droit discret, un arc aortique à gauche. Les artères pulmonaires sont très grêles, immobiles à l'examen radioscopique. Les poumons sont très clairs.

A l'électro-cardiogramme, forte déviation de l'axe électrique, avec hypertrophie ventriculaire droite.

Le Laboratoire enfin, nous fournit les renseignements suivants :
Hémogramme : 8.500.000 globules rouges.
Vitesse de sédimentation : 1re H. : 0; 2e H. : 0; 24e H. : 0,5.
Urée : 0,29.

Le diagnostic de tétralogie de Fallot est porté En raison de l'importance de la dyspnée d'effort et de la polyglobulie, dont la signification pronostic est particulièrement fâcheuse, l'intervention est décidée.

L'enfant est préalablement préparé pendant trois semaines par l'oxygénation massive et continue sous la tente, et par la réhydratation buccale et parentérale.

INTERVENTION

L'intervention pratiquée le 13 avril par thoracotomie gauche est laborieuse en raison de l'augmentation considérable de la vascularisation du hile pulmonaire.

Une anastomose de Blalock-Taussig, termino-latérale classique, entre la sous-clavière gauche et l'artère pulmonaire gauche est effectuée.

Au déclampage, on ne perçoit pas de thrill au niveau de l'anastomose, ce qui n'est pas sans nous donner d'inquiétudes.

Cependant, l'artère pulmonaire est gonflée, et bat énergiquement, témoignant du bon fonctionnement de l'anastomose.

Fermeture du thorax.

3
ASSOCIATIONS HORMONALES

Cruet

TESTOVIRON-PROGESTÉRONE

2 DOSAGES

HYPERFOLLICULINIE
PRÉMÉNOPAUSE
HÉMORRAGIES
FIBROMYOMES

TESTOVIRON-ŒSTRADIOL

2 DOSAGES

CASTRATION
MÉNOPAUSE
FRIGIDITÉ

PROLUTON-ŒSTRADIOL

AMÉNORRHÉES
DIAGNOSTIC PRÉCOCE
DE LA GROSSESSE

G. GAUDINER

LABORATOIRES CRUET
SERVICE SCIENTIFIQUE :
89, AVENUE DE LA BOURDONNAIS — PARIS-VIIe
TÉL. INV 74-19

REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

*
* *

Les suites opératoires furent simples, émaillées par un important encombrement bronchique, et une évolution thermique voisine de 40° qui ne mirent jamais en jeu la vie de l'enfant. La régression de la cyanose fut saisissante. Déjà notable dès le déclampage, elle s'accusa rapidement au cours des jours suivants, objectivée par une chute progressive du nombre des globules rouges, qui passent de 8.500.000 à 6.700.000, puis 5.800.000, respectivement une et deux semaines après l'opération.

A l'auscultation, un souffle systolique assez intense est noté sous la clavicule gauche, accompagné quelques jours plus tard par un souffle diastolique beaucoup plus discret.

(Il ne faut pas oublier, en effet, que l'anastomose réalise un véritable canal artériel dont la traduction clinique est un souffle continu).

Plus frappant encore est le changement d'attitude.

L'enfant devient rapidement souriant, ne s'accroupit plus, et se déplace volontiers. Fait particulièrement suggestif, dès le lendemain de l'intervention, il refuse de rester sous la tente à oxygène. Actuellement, son activité est débordante, et il ne montre aucune gêne. Sa transformation est saisissante. Il persiste seulement une légère cyanose, et l'hypocratisme digital, qui régresse toujours très lentement.

C'est la première fois qu'une cardiopathie cyanogène est opérée en Tunisie, et la deuxième fois en Afrique du Nord, le premier cas ayant été publié par le regretté CURTILLET peu de temps avant sa mort.

Nous ne pouvons cacher notre admiration pour ceux qui ont conçu et mis au point cette intervention dont le résultat est véritablement extraordinaire.

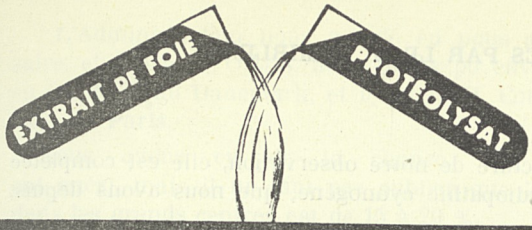
Par ailleurs, nous nous réjouissons, que la somme de nos efforts communs, nous ait permis d'enregistrer ce succès, qui n'est pas le fait d'un heureux hasard.

Pendant que les uns, des années durant, s'entraînaient sur l'animal à faire des sutures vasculaires et les différentes anastomoses, les autres, s'attachaient aux délicats problèmes du diagnostic et de la sélection opératoire.

Cette collaboration nous a permis l'intervention, dans des conditions particulièrement simples.

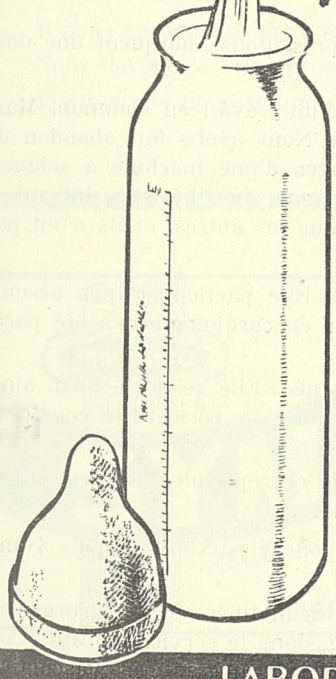
Il est bien évident, que l'anastomose de Blalock-Taussig, n'est pas susceptible d'une application fréquente, le nombre de maladies bleues en Tunisie, étant certainement très limité.

C'est donc beaucoup plus dans la possibilité de faire à Tunis une intervention réputée jusqu'à présent comme l'apanage des grands centres spécialisés, que réside l'importance de cette observation, qui marque une étape dans les progrès de la médecine tunisienne.



PROTIGÉNYL

ingérable pour nourrissons



TROUBLES
de la
CROISSANCE

ANÉMIES - CARENCES

ALIMENTATION D'APPOINT
DES NOURRISSONS
DÉFICIENTS ET PRÉMATURÉS

Une ampoule (stérile)
par 3 kg de poids corporel
et par jour

LABORATOIRES RONCHÈSE - NICE

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

REMARQUES PAR LE Dr DEMIRLEAU

Messieurs,

Vous avez entendu la lecture de notre observation, elle est complétée par un deuxième cas de cardiopathie cyanogène, que nous avons depuis, opérée et guérie.

Il s'agit de l'enfant dont MM. Hamza et Joël Nataf vous ont rapporté ici-même l'observation, sous le titre « Atrésie Tricuspidienne ».

Je ne m'étendrai pas sur les malformations congénitales qui engendrent la maladie bleue, ni sur la technique des opérations qui les guérissent. Elles ont été le sujet d'une des remarquables conférences du Professeur d'Allaines, et je ne saurai faire aussi bien que lui.

Je voudrais rendre hommage aux géniaux créateurs de ces opérations, deux Américains, vous le savez : Miss Taussig, qui a conçu l'opération, le Professeur Blalock, qui a montré son efficacité et en a mis la technique au point.

Depuis, il a enseigné sa méthode avec une infinie bonne grâce, et c'est ainsi que nos Maîtres, les Prof. d'Allaines et Santy sont devenus les grands spécialistes de la question, et nous ont fait bénéficier de leur savoir.

Les deux premiers cas que nous vous présentons, marquent une date dans la médecine tunisienne.

Ils représentent, en effet, la synthèse d'un travail en commun. Mais citer les uns, serait injuste pour les autres. Nous avons fait abandon de nos personnalités pour n'être que les rouages d'une machine à soigner. Médecins, cardiologues, radiologues, chirurgiens, anesthésistes, infirmiers et infirmières, ont été aussi utiles les uns que les autres, et ils n'ont pas ménagé leurs peines.

Mais je dois tout de même signaler, le rôle particulier qu'a assumé le Docteur H. H. Cohen, dont la compétence en cardiologie m'a été particulièrement utile.

La Chirurgie Cardiaque Tunisienne est née. Elle se porte bien, ainsi qu'en témoigne les 17 retrécissements mitraux, la péricardite constrictive, et les 2 enfants bleus que nous avons opérés.

Nos collègues vont pouvoir à leur tour l'entreprendre. Elle est entrée dans sa phase pratique et va se démocratiser.

Nous n'avons pas ménagé nos efforts pour y parvenir. Depuis 4 ans, nous nous y préparons.

Chaque semaine nous avons consacré des matinées à la chirurgie expérimenale sur le chien, à l'Institut Arloing, dans le service de Mme Cordier-Boulangier, et nous nous sommes astreints aux sutures vasculaires et au travail sur un organe en mouvement.

L'Administration nous a aidé en nous accordant le matériel nécessaire, et grâce à l'O.M.S. nous avons pu envoyer le Dr Bernard RENAULD en Suède et au Danemark, et le Dr H. H. COHEN dans les services spécialisés de Paris.

Nous avons eu de la chance. Nos deux premiers cas opérés ont guéri, mais il ne faut pas oublier que la mortalité générale admise dans les grands centres est de 15 à 20 %.

EN CONCLUSION

Je voudrais insister sur le fait que nous devons lutter contre la tendance à considérer Tunis comme une antenne médico-chirurgicale, qui doit évacuer tous les cas importants sur la Métropole.

Nous valons mieux que cela. En nous groupant, en nous faisant confiance les uns et les autres, nous pourrons être un grand centre médical.

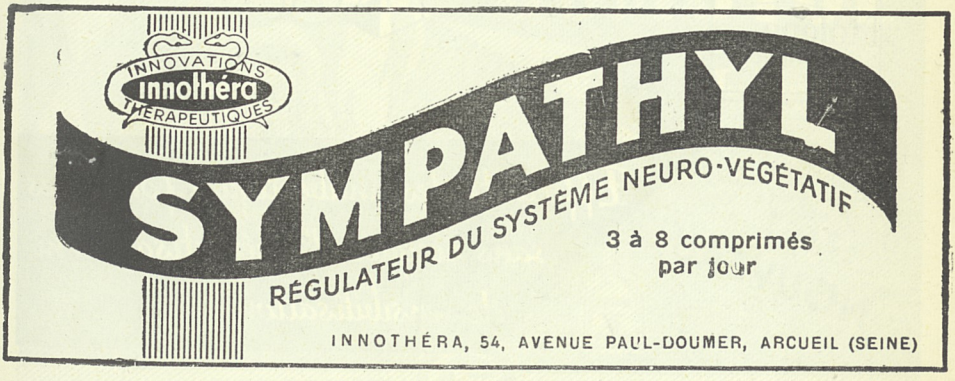
Nous en avons les éléments, nous pourrons obtenir l'équipement.

Aux Etats-Unis, des centres éloignés de la capitale sont sortis d'importants travaux. N'est-ce pas à San Francisco que BRUM a commencé les exérèses pulmonaires ?

Il nous appartenait donc de le créer.

Nous devons le faire prospérer et l'entretenir.

Je crois que nous sommes sur la bonne voie.



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

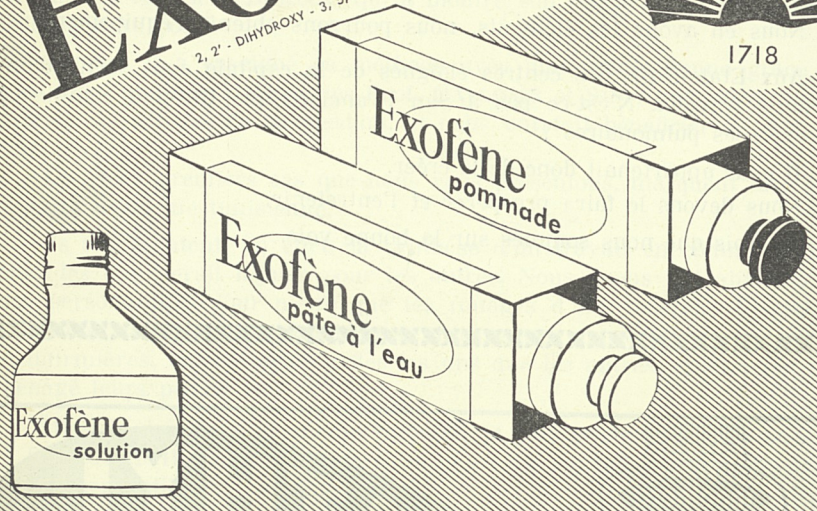
ANTIBIOTIQUE DERMATOLOGIQUE DE SYNTHÈSE

Exofène

2, 2' - DIHYDROXY - 3, 5, 6, 3', 5', 6' - HEXACHLORODIPHÉNYLMÉTHANE

MIDY

1718



NOUVEAU

Efficacité des antibiotiques fongiques sans risques d'eczématisation ni de sensibilisation

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

DRAEGER

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

Société des Sciences Médicales de Tunisie

—o—

VENDREDI 28 MAI 1954

—o—

Communications :

Infiltrats à éosinophiles — Traitement par la cortisone.
par M. J.J. PAVIOT.

Cancer de l'estomac — Evolution en sept ans,
par MM. S. BENMUSSA et André HAGÈGE.

A propos d'un cas de Pied de Mine,
par le Médecin Lt-Col. MABILLE et Médecin Cdt BERNÈS.

A propos de quelques cas récents d'un syndrome pulmonaire d'allure épidémique du type « pneumopathie virale » observés chez l'enfant.
par M. Albert SEBAG.

Epidémie actuelle de pneumonie atypique,
par MM. R. DIDIER, G. DIACONO et MAURIN.



COLLOGÈNE D'ARGENT

FURONCULOSE
Abcès du sein
Urétrites banales
COLIBACILLOSE

ADULTES : 8 à 12 comprimés par jour pendant 4 semaines

ENFANTS { à partir de 7 ans : 3 à 6 comprimés par jour
jusqu'à 7 ans : 1 comprimé par jour

—o—

AUCUNE TOXICITE

Laboratoires JEANSON — 4, rue du Marché Saint-Honoré
PARIS (1er) — Tél. : OPÉra 07-80

Deux cas d'infiltrat à éosinophiles
Traitement par la Cortisone

par M. J.J. PAVIOT

—o—

Parmi plusieurs cas fournis par l'épidémie actuelle, nous avons retenu deux infiltrats labiles. L'un est particulier par son étiologie et reçut un traitement de Cortisone, l'autre posait un diagnostic différentiel délicat.

OBSERVATION I

Une jeune femme de 30 ans nous est adressée par le Dr SAFFAR. Depuis un mois elle est fatiguée et a perdu 2 kg.; elle est légèrement subfébrile. La radiographie pulmonaire montre une ombre peu dense de la base droite. C'est un infiltrat d'aspect flou, cotonneux et paraissant comporter les aspects circulaires pseudo-cavitaires. Il occupe de profil tout ou partie du lobe moyen.

A cette image ne correspond ni toux ni expectoration. A l'auscultation l'on n'entend que quelques râles sous-crépitants.

La localisation lobaire moyenne est suffisamment rare en matière de tuberculose pour que nous la rejetions d'emblée au second rang des possibilités étiologiques. De fait, le tubage demandé revient négatif. La vitesse de Sédimentation globulaire n'est pas accélérée. Par contre, l'hémogramme avec une leucocytose à 14.640 fait la preuve d'une éosinophilie de 22 % .

Le traitement comportera 75 mg. par jour de Cortisone pendant 12 jours. Dès la fin de ce délai la radioscopie ne montre plus qu'un hile un peu épais et touffu, aspect habituel de la rétrocession au décours des infiltrats labiles.

Un mois après le premier examen la leucocytose est encore de 16.480 avec polynucléose relative. Mais l'éosinophilie est tombée à 3,5 %. La radiographie ne décèle qu'une accentuation de la trame à la base et l'état général est normal. C'est à ce moment que l'on demande un examen parasitologique des selles : présence exclusive d'œufs de Thrycocéphale.

OBSERVATION II

Une jeune fille de 16 ans présente un infiltrat formé de fins nodules au sein d'une opacité nuageuse située à la partie interne de l'apex.

Cette image se présentait de telle sorte qu'Il entrainait à l'erreur diagnostique. Rien ne manque au tableau classique de l'infiltrat à type

de nébuleuse de l'adolescent : amaigrissement, pâleur et inappétence depuis une quinzaine. Puis survient une petite hémoptysie de quelques crachats rosés avec un fébricule à 37°8-38° le soir.

Les tomographies mettent en évidence la situation assez antérieure (maximum de l'image à la coupe 7 cm.) de l'infiltrat. C'est un caractère assez particulier alors que les infiltrats tuberculeux sont nettement postérieurs.

De plus, l'opacité affecte un siège très interne : elle est au contact du médiastin et demeure séparée de la corticalité par un espace clair de deux à trois centimètres. Ces caractères de localisation nous permettent de laisser espérer aux parents la négativité de la recherche de bacilles.

Le nettoyage presque total, en moins de quinze jours, et sans le secours de la thérapeutique, sera effectivement trop rapide pour que l'on puisse admettre la tuberculose.

Nous n'insisterons pas sur le traitement par la Cortisone des infiltrats accompagnés d'éosinophiles sanguines. Turiaf en cite deux exemples dans la dernière séance de la Société de Pathologie respiratoire. Mais il s'agissait d'épanchements pleuraux à éosinophiles. L'action de la drogue pouvait être patente. Nous ne sommes par certain que dans le cas présenté l'évolution ait été écourtée.

A la lumière d'une véritable épidémie d'infiltrats labiles dont nos confrères se sont fait l'écho, nous voudrions présenter quelques remarques d'ordre étiologique et diagnostic.

Pout-on admettre l'étiologie parasitaire de notre premier cas. Cela est douteux. La maladie décrite par Loeffler est due à l'Ascaris dont le cycle évolutif comporte passage des vaisseaux pulmonaires vers les bronches. Mais la trychocéphale ne comporte pas de phase pulmonaire. Il est vrai qu'après les publications originales les auteurs soulignèrent la fréquence des infiltrats éosinophiliques sans ascaridiose. L'on admet qu'ils représentent alors un phénomène allergique pulmonaire. Les causes sont très diverses allant de l'asthme aux allergènes polliniques. l'on a même invoqué des allergies aux parasites hôtes du seul tube digestif.

Il est certain que l'on a étendu trop loin le syndrome de Loeffler. Au cours des infiltrats labiles l'éosinophilie ne paraît être qu'une des touches d'un tableau biologique bariolé qui comporte également : agglutinines froides, agglutination au Streptocoque MG, réactions de déviation du complément, variation de la vitesse de sédimentation globulaire. Des nombreuses statistiques publiées en France il ressort qu'il est rare, même dans les cas les mieux groupés au point de vue épidémiologique, de rencontrer des formules biologiques exactement superposables.

Les agglutinines froides n'auront pas des évolutions parallèles, certains cas auront un BW que d'autres n'auront pas. Cette variabilité se rencontre même lorsque l'étiologie peut être précisée (grippe, ornithoses).

En somme, ces tests de laboratoire demeurent encore assez contingents. L'on sait par exemple qu'au cours de la « grande éosinophile tropicale » essentielle, le taux des agglutinines froides s'élève. Or, à Tunis (et en A.F.N. comme le fait savoir une publication d'Oran), se trouvent quelques grandes éosinophilies. Nous-mêmes avons découvert une telle anomalie chez une jeune femme après l'avoir soignée pendant un mois pour une toux rebelle avec frottements pleuraux aux bases.

Nous pensons donc que ces nombreuses réactions biologiques que l'on étudie au cours des infiltrats labiles n'ont valeur que de témoins. Elles ne sont propres bien entendu à aucune étiologie. Seule, la notion d'épidémicité permet de grouper les cas et l'on doit, pour le reste, reconnaître notre ignorance momentanée.

C'est cependant sur un aperçu diagnostique que nous voudrions conclure. Parfois, dans le doute, l'on peut trouver légitime d'instaurer une thérapeutique antituberculeuse. Mais quelques principes doivent être gardés en mémoire :

— En dehors même de toute notion d'épidémie, toute ombre pulmonaire n'est pas à coup sûr tuberculose.

— Le traitement de la tuberculose n'est jamais urgent, dès lors que le repos est assuré;.

— Si une image pulmonaire se nettoie en moins d'un mois, il ne peut s'être agi de tuberculose.

Certains aspects radiologiques doivent permettre de rassurer les intéressés, ou du moins de leur prêcher la patience. Un diagnostic de tuberculose ou même de simple Primo-Infection est une lourde charge psychologique dont l'effet se poursuit dans le temps et qu'il convient de n'affirmer qu'en toute certitude.

LABORATOIRE CHANTEREAU (INNOTHERA)
choline, papaïne
sels biliaires
boldo
EUCHOBYL
3 à 6
comprimés
par jour aux repas
TROUBLES HÉPATO-BILIAIRES
TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS

nouvel Antihormotrope de Synthèse

DIOBÈNE

3-5-DIIODO-4-HYDROXYBENZOATE DE N-BUTYLE

Régulateur des troubles hyperthyroïdiens
et hyperfolliculiniques

BOITE DE 40 COMPRIMÉS DOSES A 0,25
REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

2 A 8 COMPRIMÉS PAR JOUR
LITTÉRATURE MÉDICALE *sur demande*

CORBIÈRE

BASEDOWS
MÉNOPAUSE
DYSMÉNORRHÉES

LABORATOIRES CORBIÈRE • 27, RUE DES RENAUDES • PARIS 17e

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

PURSENNIDE

Sennosides A et B,
principe actif cristallisé initial
du cassia angustifolia

Traitement de la Constipation par Atonie

Laboratoires SANDOZ

6, Rue de Penthièvre - PARIS 8ème

DEPOSITAIRE GENERAL :

M. JARMON — 10, Rue d'Espagne - TUNIS

A PROPOS D'UN CAS DE " PIED DE MINE "

Médecin Lt-Colonel MABILLE et Médecin Cdt BERNÈS

—o—

Le Tirailleur Sénégalais D... Jacques, a été blessé le 4 octobre 1953 à Gabès : étant de garde, il a pénétré sur le terrain miné protégeant le dépôt qu'il gardait et a sauté sur une grenade piégée. Immédiatement hospitalisé à l'H. M. de Gabès, il a été évacué sur notre Service le 6 octobre 1953.

A l'examen, on est frappé par l'aspect très particulier du pied et de la jambe gauches qui sont le siège d'un gonflement d'aspect éléphantiasique intéressant tout le pied jusqu'à la cheville inclusivement, ainsi qu'on peut le remarquer sur les photos qui vous sont communiquées : le pied est gonflé, luisant, boursouflé de phlyctènes, la plante du pied est convexe dans les deux sens, et les orteils, relativement moins augmentés de volume, semblent implantés, immobiles, à l'extrémité de cette manière de ballon de baudruche. A partir de la cheville, la jambe est également œdematiée, mais dans une proportion moindre; on y relève aussi quelques phlyctènes dans sa partie inférieure. Il faut signaler qu'il n'y a absolument aucune effraction cutanée. Le pied est froid, insensible au toucher, l'impotence fonctionnelle est absolue; il est le siège par contre de douleurs spontanées très vives empêchant le sommeil. L'exploration des artères du pied est évidemment impossible. La palpation révèle une douleur exquise au niveau de la diaphyse péronière et du bulbe tibial. L'articulation du genou est normale.

Radio. — Fracture comminutive des extrémités inférieures du tibia et du péroné et du tarse postérieur; fracture verticale sous-thalamique du calcaneum avec annulation de l'angle de Boëhler, et fracture comminutive de la grande apophyse; fracture de l'extrémité postérieure de l'astragale.

L'examen général ne révèle aucun signe de Choc : la T. A. est de 14/8, le pouls est à 90. La température est de 38,4. Azotémie 41 ctg. Examen complet des urines : négatif, bonne élimination uréique, pas d'éléments anormaux, pas d'albumine, en particulier.

La thérapeutique dès l'entrée consiste en administration de plasma (500), sérum glucosé (500), Phénergan (0,05), thérapeutique qui sera poursuivie pendant 5 jours. Les explorations biologiques pratiquées dans les jours suivants ont montré le déséquilibre plasmatique habituel en pareil cas : l'électrophorèse a donné une protidémie totale quasi-normale (83,40), mais un rapport alb./glob. très modifié, avec augmentation massive et rapide des globulines γ qui atteignent 31,52 le 13 et 35,92 le 30, alors que les glob. α_1, α_2 et β, légèrement augmentées au début, reviennent à un chiffre normal, parallèlement à l'établissement de l'apyrexie. G. R. 4.900.000, G. B. 12.000, formule normale, sauf une augmentation consi-



Pub. S. B.

PHARMOFFICE : 1, Boulevard Bugeaud — ALGER.
Diffusion Pharmaceutique Marocaine : 62, Rue St-Saëns — CASABLANCA.
SARRABIA : 35, Boulevard Vauban — MONTFLEURY - TUNIS (Tunisie).
BONNIOT : 37, Rue Miche — SAIGON (Indochine).
GUIGON : Boîte postale 513 — DAKAR (Sénégal).
SO.A.C.I.A. : Boîte postale 815 — ABIDJEAN (Côte d'Ivoire)
LABOREX : Boîte postale 872 — DAKAR (Sénégal).
Coopérative Pharmaceutique Martiniquaise : Boîte postale N° 362 — FORT DE FRANCE (Martinique).

dérable des éosinophiles (35 %), témoin de la réaction cortico-surrénale, ainsi qu'en témoignent les examens ultérieurs qui accusent des chiffres normaux.

Localement, aucune thérapeutique ne saurait être envisagée au début. On se borne à l'excision aseptique des phlyctènes.

La courbe thermique revient à la normale en 10 jours. Les douleurs s'atténuent, mais la tuméfaction persistera plusieurs semaines. 1 mois 1/2 après, la constatation d'une fluctuation plantaire nécessitera deux incisions, avec issue de pus sanieux aseptique, sans cependant qu'aucune thérapeutique antibiotique ait été mise en œuvre en raison de l'intégrité cutanée. Ultérieurement, devant la persistance de cette suppuration, on intervient le 28 novembre. Débridant l'incision externe déjà pratiquée, on tombe sur une vaste poche de tissus sphacéliques que l'on excise, en particulier au niveau de l'aponévrose plantaire et de la chair carrée. On enlève 3 séquestres du calcaneum, gros comme des amandes. Drainage par lames. La température redevient rapidement normale, et progressivement la plaie se comble par bourgeonnement. L'épidermisation, d'abord rapide, marque un temps d'arrêt; elle sera activée par des infiltrations lombaires et des applications locales de placenta. Le 6-3-54 la cicatrisation est complète et l'état local très satisfaisant : pas de troubles trophiques, les orteils sont immobiles, mais non rétractés, le malade marche avec l'aide d'une canne. Il aurait été indiqué de pratiquer alors à titre orthopédique une amputation de Syme, mais celle-ci est formellement refusée par le blessé qui s'estime très satisfait du résultat acquis : cette attitude concorde avec le comportement habituel des Sénégalais en matière d'amputation.

Quelques points sont intéressants à retenir dans ce cas :

1° Le contraste entre l'intégrité cutanée et des désordres internes considérables, tant en ce qui concerne le squelette que les parties molles. Il s'agit d'un « Blast solide », décrit également sous les noms de « pied soufflé » ou de « pied de mine ».

2° Les désordres vasculaires importants pouvant faire penser à des ruptures ou des oblitérations catastrophiques, alors que, dans la plupart des cas et dans le nôtre en particulier, l'évolution se fait dans un sens favorable; ce qui a permis à Delvoye, à Dietrich et coll. de penser qu'il s'agit d'un réflexe de vaso-constriction plutôt que de lésion artérielle oblitérante. Il n'en est pas toujours ainsi, et Arnulf et coll. ont observé des cas où, à ce stade prégangréneux, a succédé une gangrène avec escharre et sillon d'élimination. Dans notre cas particulier, nous rappelons que nous avons dû secondairement faire l'excision partielle des tissus mous de la plante du pied qui étaient sphacélés.

3° Quelques modifications du point de vue plasmatique témoignent de la réaction du milieu à cette agression cependant très localisée et en l'absence de toute infection : augmentation considérable des globulines γ assez persistantes, augmentation minime et transitoire des α et β. Notons également la réaction cortico-surrénale à l'agression de la phase cataboque du Choc, dont c'est d'ailleurs le seul signe ici.

Antiallergique

Bien toléré

THÉPHORINE "ROCHE"

Rhinites

Coryza

Urticaire

Dragées

Sirop

Onguent

ROCHE

PRODUITS "ROCHE" S. A.

10, RUE CRILLON - PARIS-4e

A propos de quelques cas récents d'un syndrome d'allure épidémique du type "pneumopathie virale" observés chez l'enfant

Par M. ALBERT SEBAG

—o—

La pratique des examens radiologiques systématiques au cours des affections pulmonaires oblige de plus en plus à une interprétation rigoureuse de la nature et de l'étiologie des images constatées.

C'est ainsi que ces derniers mois nous avons eu l'occasion d'observer avec une répétition suffisante pour pouvoir parler « d'épidémie » un syndrome pulmonaire caractérisé par :

— Un état fébrile d'intensité et de durée variable de 6 à 15 jours environ.

— Une toux importante, rebelle, quinteuse sans expectoration.

— Un aspect radiographique variant de l'ombre hilaire à l'image parenchymateuse floue, cotonneuse, aux limites imprécises, plus ou moins étendu.

Ce syndrome évolue en général en une quinzaine de jours à 3 semaines, et les images pulmonaires disparaissent complètement sans séquelle.

Nous avons pensé qu'il serait utile de rapporter quelques-uns de ces cas qui peuvent être dans certaines conditions à l'origine *d'erreur de diagnostic avec la primo-infection tuberculeuse, et c'est là à notre avis le point le plus important.*

Observation I

Enfant B Anne-Marie, 12 ans, vient nous consulter le 5 février 1954 pour une toux rebelle, spasmodique persistante depuis 10 jours.

La température n'a pas été surveillée, mais le jour du premier examen l'enfant avait 38°.

L'examen clinique est totalement négatif.

L'état général excellent.

La radioscopie montre un ombre floue homogène dans la région sous-claviculaire droite.

Les tests tuberculiniques, cuti, intra-dermo réaction à dix jours d'intervalle avec la tuberculine de l'Institut Pasteur de Tunis, et l'I.P. 48 sont négatifs.

L'hémogramme est normal et ne montre pas de leucocytose avec polynucléose.

La recherche des agglutinines froides est négative.

La réaction de HIRST pratiquée par M. MAURIN de l'Institut Pasteur peut être considérée comme négative.

L'enfant est restée 10 jours au repos avec un traitement comportant 1 gr. d'Auréomycine par jour.

Le 15ème jour, l'examen radioscopique montre une image pulmonaire absolument normale, qui sera confirmée par une radiographie.

L'enfant a repris ses classes la 3e semaine et depuis va tout à fait bien.

Nous avons eu l'occasion depuis d'observer de nombreuses images analogues que nous avons suivies à la radioscopie seule; voici cependant 3 autres observations de même ordre pour lesquelles nous avons des radiographies initiales.

Observation II

Enfant H. Sydney 3 ans et demi — 30 mars 1954.

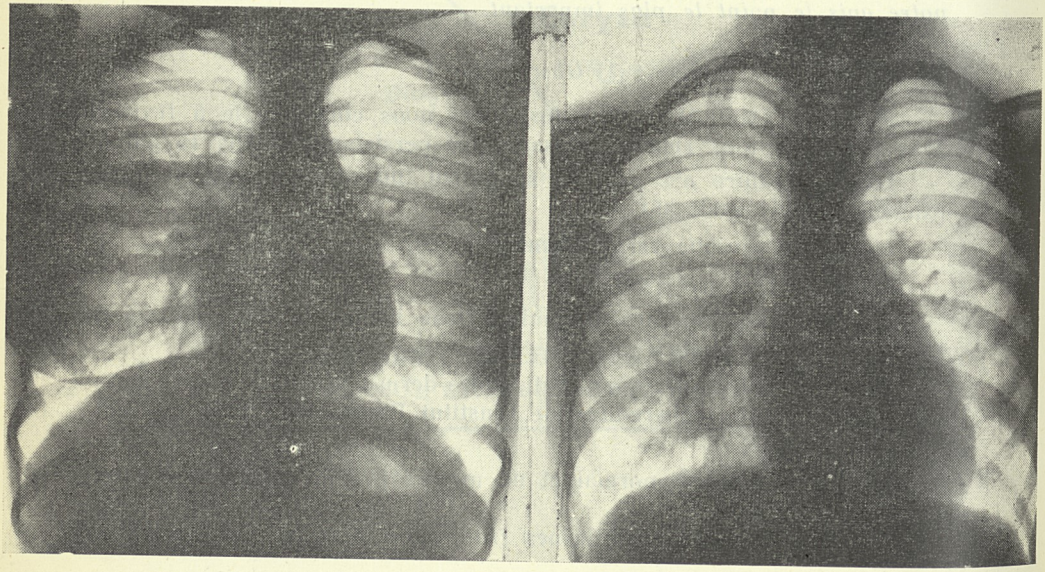
Syndrome fébrile depuis 6 jours accompagné d'une toux rebelle.

La radioscopie et la radiographie montrent des ombres hilaires très étendues, bilatérales, mais surtout marquées à droite où l'ombre s'étend dans le parenchyme, le long du bord cardiaque.

Là encore, les tests tuberculiniques restent négatifs.

La fièvre disparait le 10e jour et l'image thoracique redevient rapidement normale (compte-rendu de la radiographie du 27 avril 54 à la CICAFTU).

Cet enfant n'a reçu aucun antibiotique.



OBS. 1 OBS. 3

QUINIMAX

ANTIPALUDIQUE ANTITHERMIQUE

•

PLUS ACTIF
PLUS COMPLET
MIEUX TOLÉRÉ

que les sels ordinaires de quinine

4 FORMES
COMPRIMÉS — AMPOULES
SUPPOSITOIRES — GRANULÉS

LABORATOIRES DEROL, 66 ter, RUE St-DIDIER • PARIS (16e)

SPECIMEDHY : 37, Rue d'Isly — TUNIS (Tunisie)
PHARMEDY : 13, Rue J.-J. Rousseau — ALGER (Algérie)
M. PELLISSARD : 16, Rue Dumont d'Urville — CASABLANCA (Maroc)

BOURGET

CITRATÉ EFFERVESCENT

PROBIOS

J. LESQUENDIEU, Pharmacien, 4, Rue de Miromesnil, PARIS (8e)

Observation III

K. Jacqueline, 11 ans, 31 mars 1954, présente un état fébrile depuis 8 jours; l'auscultation décèle quelques râles fins à la base droite.

L'examen radioscopique montre une image parenchymateuse floue de la région moyenne reliée au hile qui est lui-même élargi et flou.

Chez cette enfant, les tests tuberculiniques sont également négatifs.

L'évolution s'est faite vers la guérison totale en une quinzaine de jours.

Observation IV

C. Simon, 10 ans, est vu le 17 mai pour le même syndrome, l'image radiographique montre un flou hilaire gauche important avec une image parenchymateuse dans la région moyenne gauche, image peu dense, cotonneuse mal limitée.

Les tests tuberculiniques sont négatifs.

La fièvre a duré une dizaine de jours.

La recherche des *agglutinines froides est nettement positive* (1/256°) M. André Zérah).

Le 24 mai, soit une semaine après le premier examen, l'image thoracique est redevenue normale.

Dans tous ces cas, l'étude de tests tuberculiniques nous a permis d'éliminer la primo-infection tuberculeuse et de rassurer rapidement les parents.

Mais dans d'autres cas ce syndrome peut atteindre des enfants déjà allergiques, et pose un difficile problème diagnostique et pronostique. En voici deux exemples :

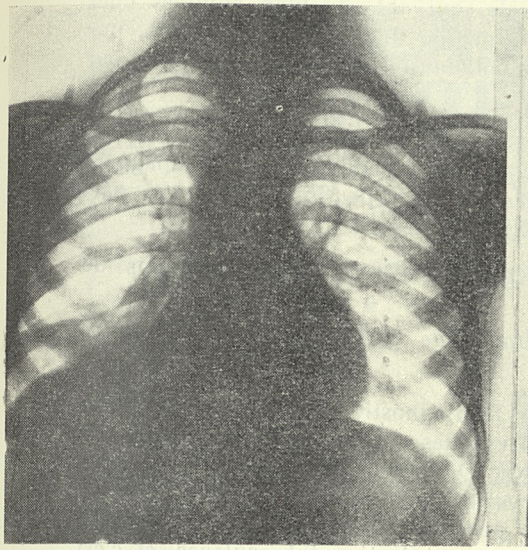
Observation V

L'enfant K. A. âgé de 7 ans est vu le 11 Février 1954 pour un syndrome analogue; l'auscultation pulmonaire décèle des râles fins à la base droite, la radioscopie pulmonaire montre une image parenchymateuse sus-diaphragmatique reliée par une coulée floue et opaque au hile, qui est lui-même élargi.

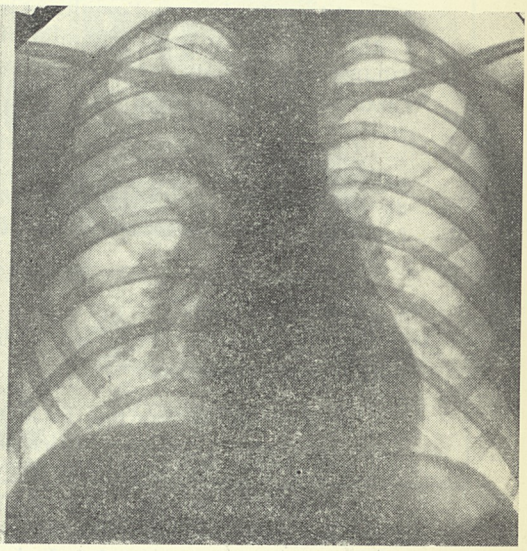
La cuti-réaction est positive.

L'enfant étant apyrétique, nous le laissons dix jours en observation au repos sans aucun antibiotique.

Le 15e jour, un contrôle radioscopique montre un aspect pulmonaire absolument normal.



Obs. 5



Obs. 6.

Observation VI

L'enfant de P. Janine, âgée de 10 ans, vient nous consulter le 14 mai 1954 pour une toux quinteuse, rebelle, qui s'est installée après un épisode fébrile qui a duré 5 jours.

L'auscultation est normale, la radioscopie montre une image floue mal limitée au niveau de la région sous-claviculaire droite.

L'hémogramme est normal (5 % de Polynucléaires éosinophiles).

La vitesse de sédimentation sanguine est accélérée :

1ère heure	53 mm
2ème heure	81 mm

Nous avions déjà traité cette enfant en 1950 pour une primo-infection qui s'était complètement stabilisée.

La brièveté de l'épisode fébrile, l'aspect de l'image radiologique et surtout *la notion d'épidémie* nous ont permis d'éliminer la tuberculose. Nous avons même autorisé cette enfant à suivre les classes en raison d'un examen proche

La recherche des agglutinines froides, et l'évolution rapide de l'image radiologique (12 jours) ont confirmé le diagnostic.

Bien qu'il n'ait pas été possible d'étudier tous ces cas du point de vue biologique, en particulier de faire systématiquement la recherche des agglutinines froides et les réactions de Hirst à 10 jours d'in-

tervalle, il nous paraît logique de rattacher ce syndrome aux pneumopathies atypiques, d'origine virale, qui ont été bien étudiées chez l'enfant au cours des épidémies de grippe de 1949-1951, à Paris, par JULIEN-MARIE, MARQUEZY et leurs collaborateurs, à Montpellier par CHAPTAL et ses collaborateurs.

Ces pneumopathies atypiques apparaissent au cours d'un état fébrile, en général vers la fin de la période fébrile, elles s'accompagnent de *toux sèches, quinteuses, rebelles aux thérapeutiques courantes* parfois d'un point de côté et d'une dyspnée légère.

L'auscultation décèle parfois des râles fins, localisés, jamais de souffle, ni de matité.

En règle, c'est l'examen radiologique qui permet de reconnaître l'atteinte pulmonaire.

Nous n'insisterons pas ici sur le diagnostic de ces pneumopathies avec les autres pneumopathies atypiques qui peuvent apparaître au cours des Ricketsioses de la Fièvre Q, de l'ornithose, de la mononucléose infectueuse, etc. Ce sont pratiquement des diagnostics de laboratoires; *pour nous patriciens, le problème important qui se pose devant ce syndrome est celui de la primo-infection tuberculeuse,* et c'est avec cette affection que les erreurs peuvent être le plus souvent commises avec comme conséquences, les prescriptions de médicaments inopportuns et l'obligation de cures et de repos inutilement prolongés chez les enfants en pleine période d'activité scolaire.

Quels sont les éléments de ce diagnostic ?

L'aspect radiologique peut déjà attirer l'attention.

Les images constatées sont floues, cotonneuses, mal limitées, comme « lavées ». Il n'y a pas d'images ganglionnaires bien dessinées.

Le siège des lésions radiologiques est variable. Le plus souvent, il s'agit d'images hilaires assez étendues avec prolongation, soit dans le lobe inférieur le long du bord cardiaque, bien visibles à droite, cachées à gauche par l'ombre cardiaque, soit dans le lobe moyen. (Aspect de pneumonie hilifuge). D'autres fois au contraire, il s'agit d'images parenchymateuses sous-claviculaires ou de la base, relativement isolées du hile.

En réalité, souvent l'aspect radiologique ne permet pas d'être affirmatif, et il serait bien imprudent de conclure.

Le bon état général de l'enfant, la chute assez rapide de la fièvre sans aucune thérapeutique antibacillaire peuvent être des éléments d'orientation mais non des argument décisifs.

En réalité lorsqu'on n'a pas la notion d'épidémie, le problème diagnostic se pose dans deux conditions différentes :

a) *Dans un premier cas,* il s'agit d'enfants chez qui les tests tuberculiniques sont négatifs :

ANTISEPTIQUE INTESTINAL

ENTERO VIOFORME

SPÉCIFIQUE DES DYSENTERIES A PROTOZOAIRES

IODE ORGANIQUEMENT COMBINÉ
INSOLUBLE
NON TOXIQUE
NON IRRITANT

Entéro-colites
Amibiase aiguë et chronique
Dysenteries parasitaires

COMPRIMÉS à 0,25 g.

608 **CIBA** 111, BOULEVARD VIVIER-MERLE - LYON • 57, QUAI D'ORSAY - PARIS

CÉPHALOSE *amphétaminée*

A L'ACIDE GLUTAMIQUE

Déficiences intellectuelles
surmenage physique

AMPOULES BUVABLES ★ COMPRIMÉS ★

LABORAL - LABORATOIRES DE L'AEINE
6, PLACE CLICHY - PARIS 9e • PIG. 63-03

Nouveau ! L'anti-algique qui fait tomber la fièvre

PRIVADOL

CACHETS SUPPOSITOIRES

LABORAL - LABORATOIRES DE L'AEINE - 6, PLACE CLICHY - PARIS 9e - PIG. 63-03

l'apparition chez eux d'une image pulmonaire floue, mal limitée, estompée, doit faire penser à la possibilité d'une pneumonie atypique. Le laboratoire viendra apporter la confirmation et préciser l'étiologie.

b) *D'autres fois, le syndrome pulmonaire survient chez les enfant allergiques,* et de ce fait le problème diagnostic est **plus délicat.**

Si les antécédents permettent de retrouver une histoire de primo-infection bien caractérisée et stabilisée, c'est le problème de la reprise du processus tuberculeux qui se pose.

Si on ne retrouve pas cette notion, c'est le diagnostic de la primo-infection tuberculeuse qui doit être soulevé.

Quels sont les éléments de ce diagnostic ?

L'installation rapide du syndrome pulmonaire après un court épisode fébrile, le bon état général de ces malades, du moins au début et enfin, comme nous l'avons déjà souligné, l'aspect assez spécial des images pulmonaires peuvent permettre d'évoquer l'hypothèse d'une pneumonie atypique.

En réalité, dans ces cas il serait très imprudent de conclure rapidement sans risquer de faire des erreurs d'ailleurs dans les deux sens.

Ces enfants doivent être surveillés au repos, *sans traitement antibacillaire.* En une quinzaine de jours, l'évolution vers la guérison clinique et radiologique permettra de rattacher ce syndrome aux pneumonies atypiques. Par ailleurs, lorsque la chose est possible, le laboratoire viendra apporter une confirmation : recherche des agglutinines froides, modification des réactions spécifiques (B.W., KAHN et MÉNIGRÉ), raéctions de HIRST.

Quels sont les éléments que nous apporte le laboratoire ?

Une première série d'épreuves donne *des stigmates d'orientation.*

a) L'hémogramme qui peut montrer dans certains cas une légère leucopénie avec une formule leucocytaire inversée *au profit des éléments lympho-mononucléés.*

b) La recherche des auto-agglutinines froides dans le sérum. Il convient d'exiger un taux au moins égal à 1/64e. Toutefois, chez le jeune enfant, un taux 1/32e peut être considéré comme positif.

Ces agglutinines n'apparaissent qu'au cours *de la* 2e *semaine* et disparaissent avec la guérison.

c) Les réactions sérologiques pour la syphilis sont quelquefois transitoirement positives. Certains estiment qu'elles ont pour particularité d'associer paradoxalement l'intensité de la réaction de BORDET-WASSERMANN à la négativité de la réaction de Ménické; en réalité souvent c'est l'inverse qui est constaté.

Les réactions de certitude seront faites dans les Laboratoires spécialisés dans la recherche des virus; à Tunis, l'Institut Pasteur, avec

MM. DURAND et MAURIN, que nous tenons à remercier ici, nous a permis de pratiquer la recherche de la réaction de HIRST, qui dans l'épidémie actuelle s'est révélée toujours négative.

La pneumonie atypique grippale sera confirmée par la recherche *de la réaction de Hirst* sur deux prélèvements sanguins, l'un fait au cours de la première semaine de l'évolution, l'autre 10 jours après et par réaction de déviation de complément moins analytique que la précédente.

D'autres recherches sont quelquefois nécessaires pour mettre en évidence le virus causal, mais ce sont là des questions de laboratoires très spécialisés.

Il nous a semblé intéressant d'attirer l'attention sur ces aspects de *pneumonies virales* qui ont évolué à Tunis sous la forme d'une épidémie très importante depuis le début de l'année jusqu'en mai

Le syndrome soulève pour le praticien un problème diagnostique avec la primo-infection tuberculeuse, problème qui, dans certaines conditions,, peut être délicat à résoudre.

BIBLIOGRAPHIE

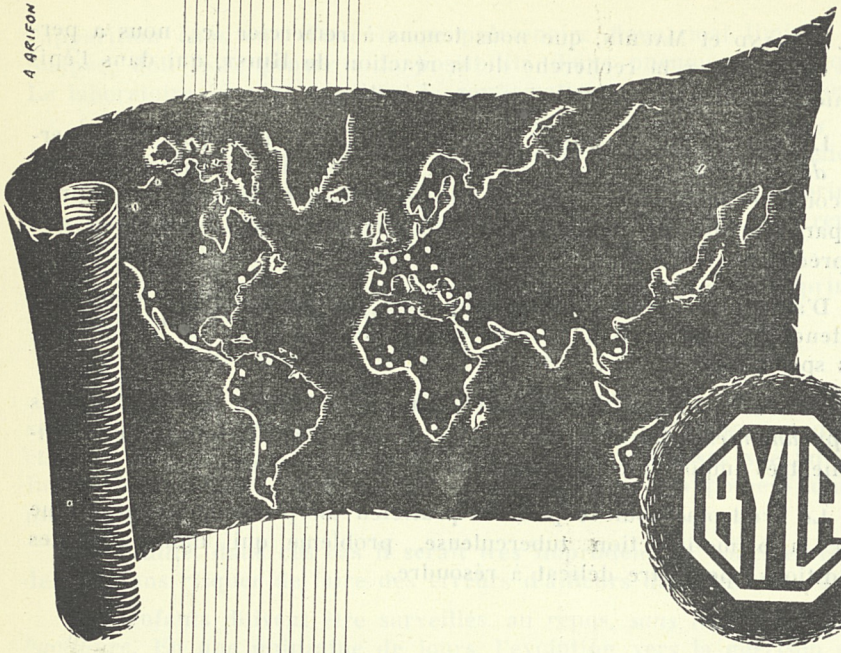
MARIE-JULIEN et MARQUEZY : *Etudes sur la grippe en pédiatrie — Réaction de Hirat — Réactions des agglutinines froides — Pneumonies grippales Atypiques. Sem. Hôp., 26e année, n. 52, p. 2.519.*

MARIE-JULIEN et MARQUEZY : *La pneumonie atypique grippale. Sem. Hôp.. 26e année n° 52 p. 2.531.*

CHAPTAL J., BRUNEL D., JEAN R., Mlle CASTEIGNE G., FAUCONIER B., CARLI G et TEMPLE J.P. : *Formes cliniques de la grippe chez l'enfant au cours de l'hiver 1950-1951 dans la région Montpelliéraine (47 obs. biologiquement confirmées) Arch. Franç. de Pédiatrie. t IX n° 5. 1952 pp. 449-481.*

P. GALY et BOUCHER : *Les complications pulmonaires de la grippe. La Revue du Praticien t IV n° 1. 1954. pp. 27-37.*

A ARIFON



HORMONES

VITAMINES

TONIQUES

LABORATOIRES BYLA . 20 RUE DES FOSSÉS-St-JACQUES . PARIS Vé . ODE. 28-30

Lymphome giganto folliculaire

Maladie de Brill-Symmers

par les Drs Benmussa et Charles Zérah

—o—

(Séance du 26-2-54)

La Lymphomatose giganto-folliculaire ou maladie de Brill-Symmers a été individualisée en 1925 aux Etats-Unis par Brill, Baher et Rosenthal.

C'est une maladie qui est restée inconnue en France jusqu'à ces dernières années. Par contre, à l'Etranger, Symmers publie plusieurs mémoires sur cette question, en 1927, 1938 et 1942. Les auteurs anglais publient plusieurs observations.

En France, il faut attendre le mémoire de Chevalier et Undenstock en 1943, pour voir publier les premières observations françaises. Depuis, Lachapel et Biraben, en 1951, ont décrit les formes localisées de la maladie, et enfin, il nous faut citer la thèse remarquable de Mme Froment-Dupré sur la question.

Tout récemment, Chevalier et son école, reprennent une étude à propos du diagnostic, dans le S. D. H. du 20 février dernier.

C'est une maladie rare, car on ne compte que 200 observations publiées dans le monde entier.

Nous avons pensé qu'il était intéressant de vous communiquer cette observation non pas seulement à titre de curiosité scientifique, mais surtout pour montrer l'importance considérable d'un diagnostic précoce et d'un diagnostic qui ne peut être établi que par la biopsie ganglionnaire.

L'observation en elle-même ne comporte qu'un minimum de signes fonctionnels et cliniques.

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, sans antécédents personnels particuliers, à l'aspect floride, qui vient nous voir uniquemennt parce qu'elle était légèrement sub-fébrile et qu'elle présentait un ganglion dans le creux sus-claviculaire gauche.

Elle avait, en effet, un petit groupe de ganglions, 2 ou 3 gros comme des petits pois et un seul gros comme une noisette, non douloureux, demi-mous, mobiles et sans péri-adénite. Cette adénopathie est parfaitement localisée. On ne découvre aucun autre ganglion par l'examen le plus minutieux. L'examen général est parfaitement négatif. Cependant la rate est percutable et à l'expiration profonde on accroche, facilement, son pôle inférieur.

Ainsi donc, l'observation clinique de notre jeune malade, se résume uniquement à la présence d'un ganglion dans le creux sus-claviculaire et à une légère splénomégalie. Les examens complémentaires suivants sont pratiqués :

CONES

Solubles Antiseptiques

RENDELL

Ovules de forme particulière (modèle déposé)
facilitant leur utilisation et assurant leur conservation aseptique

●

ACTION SPECIFIQUE SUR LES BACTERIES
ET LES PROTOZOAIRES
DES VOIES GENITALES FEMININES

●

PREVENTION ET TRAITEMENT DE TOUTES
LES INFECTIONS D'ORDRE GYNECOLOGIQUE

●

VAGINITE A TRICHOMONAS

ECHANTILLONS GRATUITS SUR DEMANDE

GYNAZUR

Poudres : 30 sachets

HYGIENE VAGINALE

Laboratoire des Produits W. J. RENDELL S. A. R. L.
BUREAUX : 61, rue Damrémont — PARIS-18e
USINE à Colombes (Seine)

Dépositaire pour la Tunisie :
H. VALENSI, pharmacien, 44, Avenue Jules-Ferry, TUNIS.

Hémogramme :

G. R. :	5.300.000
G. B. :	6.720
P. N. :	55 %
EO. :	2 %
V. G. :	0,89

Cet hémogramme ne dit rien, sinon une légère hypochromie.

La radiographie pulmonaire nous montre une I. T. N., sans aucune image d'adénopathie médiatinale.

C'est alors que nous décidons d'enlever le ganglion suspect pour l'examiner.

Voici le résultat de la biopsie que nous devons à Charles ZÉRAH :

« Ganglion de la grosseur d'une cerise, limité par une capsule con-« jonctive épaissie et fibreuse, où l'on trouve une conservation de l'archi-« tecture folliculaire. Les follicules lymphoïdes sont en nette hyperplasie « et ont une taille géante, leur centre germinaif clair est développé.

« Les follicules occupent à la fois la corticale et la médullaire gan-« glionnaire. La couronne lymphocytaire est amincie, le centre germinatif « est occupé à la fois par des lymphoblastes et surtout des cellules réti-« culaires à noyaux basophiles dont certains en mitose.

« **En conclusion** : Image histologique de lymphomatose giganto-follicu-« laire, c'est celle que l'on observe dans le syndrome de Brill-Symmers ».

La lame est envoyée à M. le Professeur DELARUE, qui confirme le diagnostic histologique et nous signale, comme nous le dirons plus loin, que, en dépit de ses caractères histologiques très tranchés, l'autonomie de la maladie est discutée et que deux éventualités doivent être envisagées : l'évolution ultérieure d'une maladie d'Hodgkin ou la guérison spontanée sans séquelles.

Par la suite, la malade dont les parents habitent Marseille, est prise en mains par le Professeur agrégé Jean OLMER, lequel complète nos examens par deux ponctions sternales successives, qui ne montrent aucune modification particulière de l'image médullaire.

Il s'agit donc d'une L.G.F. localisée, qui comporte surtout un problème pronostic.

Il nous paraît utile étant donné la rareté de cette observation de vous exposer les possibilités d'évolution de cette maladie si particulière des ganglions.

Si l'on reprend les travaux étrangers et le travail de BOUSSER et Mme FROMENT-DUPRÉ, cette maladie évoluerait en 2 périodes : un stade d'hyperplasie giganto-folliculaire pure, n'intéressant que les ganglions et un stade de dégénérescence sarcomateuse. Le premier stade correspond à notre observation : l'état général n'est pas atteint, le sang, la moelle osseuse ne présentent aucune anomalie particulière. Au cours de cette période les ganglions sont très sensibles à la radiothérapie. En outre, on a décrit

au cours de cette période, avant la dégénérescence sarcomateuse, des formes viscérales, plus particulièrement des atteintes du système osseux, caractérisées tantôt par des zones d'ostéoporose, tantôt par des zones de condensation. Il arrive, d'une façon exceptionnelle, que la maladie s'en tienne là, et que l'on assiste à une régression spontanée.

Cependant l'évolution normale est le passage au deuxième stade : la dégénérescence sarcomateuse.

Elle se signale en premier lieu par la perte de la radio sensibilité, et à la transformation histologique des tissus atteints. La généralisation est rapide, l'état général est gravement touché et la mort survient dans la cachexie sarcomateuse.

Cette évolution décrite par les auteurs étrangers et par CHEVALIER en France, reconnaît à L.G.F. une individualité nosologique. Cette individualité n'est pas admise par tout le monde. Car cette atteinte ganglionnaire si particulière, a précédé assez fréquemment l'évolution d'une lymphopathie maligne. Cette hypothèse a été soulevée par DELARUE, à propos de notre malade.

En effet, SYMMERS a rapporté 9 observations de L.G.F. ayant évolué vers la leucémie lymphoïde. Cependant aucune de ses observations ne comporte d'hyperleucocytose. Le diagnostic a été posé uniquement sur le plan anatomique.

Le même auteur rapporte deux observations, d'association avec la maladie de Hodgkin, où le L.G.F. a précédé une fois et a suivi dans la 2e observation.

Enfin, tout récemment, dans la S.D.H., BOUSSER et G. MATHÉ, à propos de 4 observations étudient l'association de la L.G.F. avec le cancer épithélial.

En résumé, cette maladie qui se présente à nous sous la forme anodine d'un petit ganglion isolé dans le cou, sans aucune atteinte de l'état général, est un problème d'avenir, car toutes les possibilités sont à envisager. La guérison spontanée, la dégérescence sarcomateuse, la transformation en une leucémie lymphoïde ou en une maladie de Hodgkin.

Enfin, autre éventualité, il a été signalé des formes curables, au premier stade de l'évolution, celui précisément de notre malade, soit après l'exérèse chirurgicale, soit après un traitement radiothérapique. On a pu en effet obtenir des guérisons qui, après un recul de 5 à 6 ans, paraissent définitives.

Une réserve est à faire au sujet de ces guérisons spontanées ou thérapeutiques, c'est la question du diagnostic histologique. L'erreur est en effet souvent fréquente avec la simple hyperplasie inflammatoire bénigne.

En tout état de cause le diagnostic précoce est capital dans cette maladie, et ce diagnostic est impossible sans la biopsie ganglionnaire,

dont nous voulons souligner l'importance à propos de cette observation.

Le diagnostic une fois établi, deux traitements sont à conseiller : l'exérèse chirurgicale dans les cas bien localisés et la radiothérapie qui peut ou guérir ou provoquer une accalmie de plusieurs années.

Dans notre cas particulier, la malade a subi l'exérèse de son paquet ganglionnaire et a été soumise à un traitement par l'actynomycine à l'Hôpital de la Conception à Marseille, grâce à M. Olmer, qui lui a administré 26 injections intra-veineuses de ce nouveau produit de 200 gammas chacune.

Elle devra, bien entendu, être sous surveillance pendant plusieurs mois sinon plusieurs années.

CHATEL-GUYON

(Puy-de-Dôme) Auvergne

Altitude : 400 m.

—o—

400 km. de Paris — Voitures directes — Express Thermaux
Paris et Marseille — Aérodrome d'Aulnat

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

CHATEL GUYON guérit l'intestin, constipation, colites, dysenteries, diarrhées, séquelles d'appendicite.

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

Elle guérit l'anaphylaxie et remonte l'état général.

CHATEL GUYON lutte contre la colibacillose en empêchant la stase et les fermentations intestinales, en cicatrisant les muqueuses et en supprimant les foyers de résorption.

CHATEL GUYON est cholagogue, combat l'insuffisance hépatique et la stase vésiculaire, éclaircit le teint et guérit les entérites coloniales.

CHATEL GUYON est la Station idéale pour combattre l'amibiase.

CHATEL GUYON, par son chlorure de magnésium, combat les tumeurs, tonifie et vitalise l'organisme.

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

A domicile, boire : **CHATEL GUYON « GUBLER », eau de cure;**
CHATEL GUYON « LEGERE », eau de table.

—o—

SAISON DU 30 MAI AU 30 SEPTEMBRE

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

Une nouveauté en thérapeutique vasculaire !

AXOVEINYL "P"

COMPLEXE PHYTOTHÉRAPIQUE SURACTIVÉ PAR

MARRON D'INDE STABILISÉ (EXTRAIT FLUIDE) TITRANT 0,50 % D'ESCULOSIDE (FACTEUR VITAMINIQUE P) et ION CITRIQUE

★

CORRESPOND A UNE FORMULE JUDICIEUSEMENT ÉTABLIE POUR RÉPONDRE A LA LOI SUR LES POLYVALENCES DES PRINCIPES ACTIFS (A. LUMIÈRE) ET SUR LES PRINCIPES D'AUXOTHERAPIE (M. LOEPER)

★

INDIQUÉ DANS TOUTES LES MALADIES DE LA VEINE ET DU CAPILLAIRE

ET CHAQUE FOIS QU'IL FAUT

RÉGULARISER
la circulation veineuse

TONIFIER
le système vasculaire

DIMINUER
la viscosité sanguine

★

FLACON COMPTE-GOUTTES AVEC PIPETTE DE 30 cc.
TRAITEMENT CURATIF : XX à XL GOUTTES 3 FOIS PAR JOUR

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE

Remboursé par la Sécurité Sociale
VISA 1-552-3-669

LABORATOIRES SEXTA
SOCIÉTÉ D'EXPANSION THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

20, RUE BRAUHAUBAN
TARBES (Htes-Pyrénées)

AXOVEINYL • ERITOXYL • FIREXOL • SEDOPIAN
GOUTTES ELIXIR PILULES SIROP V.S. 453

Représentants-dépositaires :
TUNISIE : M. Lucien SAADA, Pharmacien - 42, Av. Garros — TUNIS
ALGERIE : Ets Pharmaceutiques DIAZ - 2, Av. du 9e Zouaves — ALGER
MAROC : Ets Pharmaceutiques DIAZ - 104, Bd de Bordeaux - CASABLANCA

Accès de tachycardie paroxystique de longue durée Insuffisance cardiaque grave - Résultats thérapeutiques

par A. Calo

——o——

(Séance du 26-3-54)

En général de courte durée et n'affectant pas beaucoup le cœur, par ailleurs habituellement normal, l'accès de tachycardie paroxystique supraventriculaire peut exceptionnellement se prolonger quelques semaines ou quelques mois, entraîner une insuffisance cardiaque progressive et aboutir à la mort. D'après une statistique de Gallavardin et Froment portant sur 177 observations, les accès dépassant une semaine ne représentent pas beaucoup plus que 2 % des cas et, si l'on excepte quelques cas frustes, les formes avec insuffisance cardiaque n'existent que dans 4,52 % des cas et toujours au cours d'accès de longue durée (10 jours à 8 semaines).

L'observation qui fait l'objet de ce travail présente un certain intérêt en raison de l'apparition d'un accès tachycardique de longue durée sur un cœur auparavant normal, de la rapide installation d'une très grave insuffisance cardiaque, de sa résistance aux moyens thérapeutiques qui ont dû être employés à des doses anormalement élevées et, enfin, de la guérison spectaculaire du syndrome asystolique après régularisation du rythme cardiaque.

Amor Ben D., 18 ans, sans passé pathologique et ayant mené jusque là la vie normale des garçons de son âge, a commencé à avoir au début de décembre 1953 des palpitations, de la tachycardie, de la dyspnée d'effort et de décubitus, une douleur persistante à l'hypochondre droit et une profonde asthénie. A la moitié février sont apparus de la toux et des crachats hémoptoïques, la dyspnée s'est fortement aggravée et, depuis lors, il n'a plus été possible au malade de prendre une seule minute de sommeil ou de repos.

Lorsque, le **4 février**, nous l'avons examiné pour la première fois, ce garçon apparaissait extrêmement angoissé, dyspnéique, en orthopnée et avec de gros œdèmes qui remontaient à la racine des cuisses. Les bruits du cœur étaient nets et réguliers, mais une extrême tachycardie empêchait de les compter, le pouls radial était impalpable, la tension artérielle imprenable, les jugulaires fortement dilatées et battantes. Le foie, douloureux, débordait les fausses-côtes d'un travers de main et présentait des pulsations systoliques témoignant de l'existence d'une insuffisance tricuspidienne, il existait un double épanchement pleural qui remontait jusqu'à la pointe des omoplates et, à droite, au-dessus de

cette limite, on percevait de nombreux crépitants. A la scopie, l'épanchement ne laissait voir que la moitié supérieure de l'ombre cardiaque et rendait impossible toute appréciation du volume du cœur. Un électrocardiogramme (fig. 2) a mis en évidence une tachysystolie supraventriculaire régulière à 215 dont l'origine exacte pouvait être difficilement précisée, son taux élevé étant en faveur d'une forme auriculaire et l'existence en DI, DII, aVR, aVF, V5, V6 et VE1 d'un petit accident postérieur à S étant par contre suggestif d'une variété infranodale. Enfin, le sphygmogramme huméral montrait des pulsations extrêmement aplaties et présentant une phase ascendante et une phase descendante très oblique et sans aucun accident secondaire.

Le traitement mis aussitôt en œuvre et l'évolution de la maladie peuvent se résumer de la façon suivante :

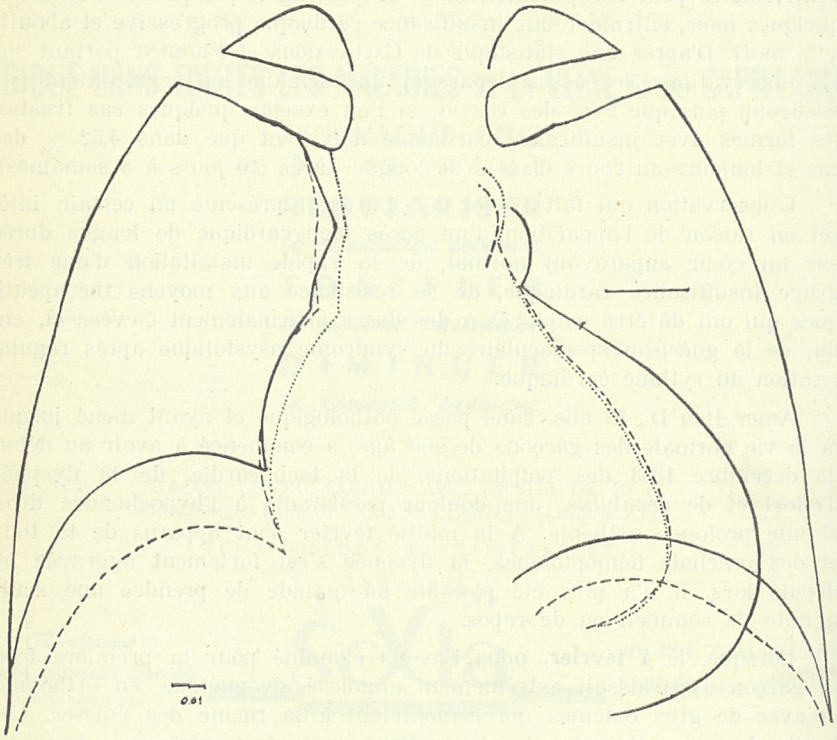


FIG. 1. — **Orthodiagrammes**

trait plein : 11 févr. 1954
trait interrompu : 23 févr. 1954
pointillé : 16 mars 1954

4 février : Injection intraveineuse de 4 cc. de Digilanide Sandoz (0 mgr. 8 de glucosides de Digitalis Lanata) et injection sous-cutanée de 10 cgr. d'acéthyl-choline : aucun résultat.

5 février : Injection intraveineuse de 4 cc de Digilanide et de 10 cgr. d'acéthyl-choline : aucun résultat.

6 février : Injection intraveineuse de 1/4 de mgr. d'Ouabaïne suivie de celle, très lente, d'une ampoule de Quinicardine Nativelle (0 gr. 50 de quinidine en 10 cc.). Après 6 cc., arrêt brusque de l'accès tachycardique : la fréquence se réduit à 100, le pouls a une amplitude normale, la tension artérielle est à 12-8. On injecte encore 1 cc. de Quinicardine.

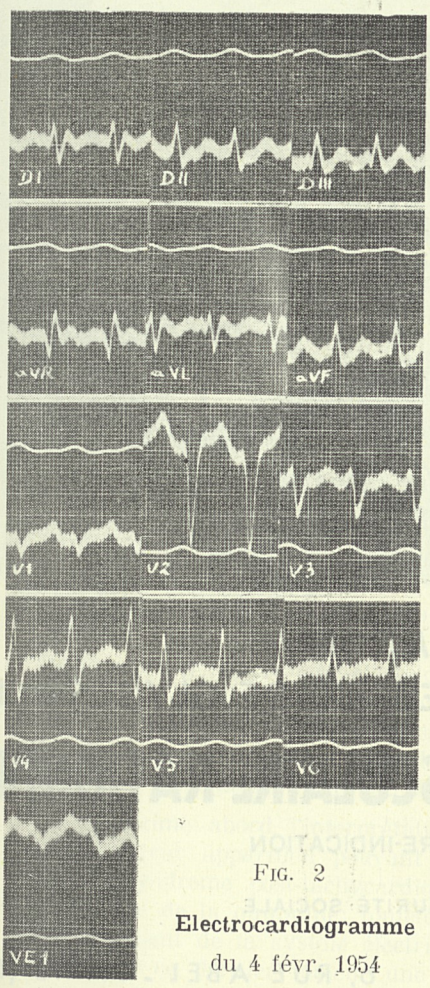


FIG. 2

Electrocardiogramme

du 4 févr. 1954

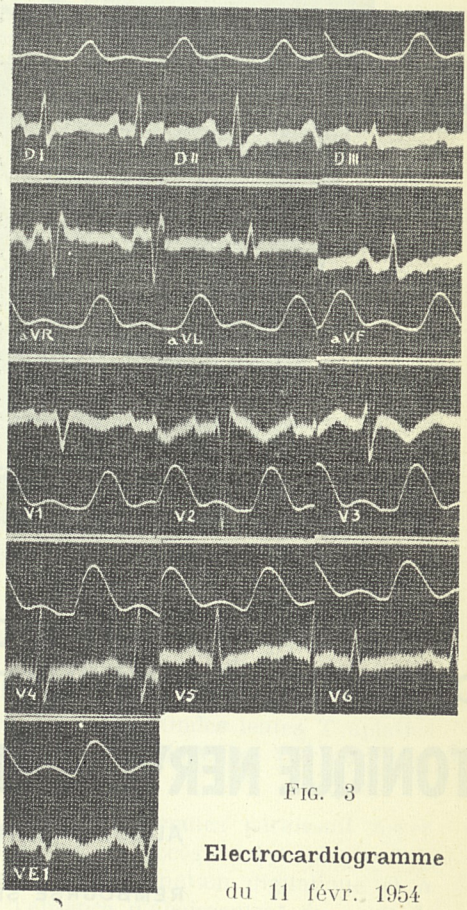


FIG. 3

Electrocardiogramme

du 11 févr. 1954

NÉVROSTHÉNINE -GLYCOCOLLE

FREYSSINGE



ASSOCIATION
DE GLYCÉROPHOSPHATES ET DE GLYCOCOLLE

TONIQUE NERVIN-MUSCULAIRE RATIONNEL

AUCUNE CONTRE-INDICATION

REMBOURSÉ SÉCURITÉ SOCIALE

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

7 février : Le malade, moins essoufflé, a pu dormir, pour la première fois, quelques heures, à moitié assis. Rythme cardiaque régulier à 120. Ponction pleurale droite par laquelle on évacue, sans tarir l'épanchement, 1.500 cc. d'un liquide orange; ouabaïne intraveineuse qui sera répétée le lendemain.

9 février : Aucun trouble fonctionnel en dehors d'un certain degré d'asthénie. Le cœur est de nouveau extrêmement rapide et la tension artérielle s'est réduite à 10-8. On pratique successivement une ponction pleurale gauche qui donne 850 cc de liquide orange et une injection intraveineuse lente de Quinicardine qui n'interrompt l'accès tachycardique qu'au bout du dixième cc.; les bruits du cœur sont alors normaux, mais, au bout de quelques minutes, on note l'apparition d'un rythme de galop des plus nets, ce qui nous décide à faire une nouvelle injection intraveineuse de 4 cc. de Digilanide. On prescrit 3 gr. de théobromine.

10 février : Le malade se sent bien, les œdèmes commencent à diminuer, mais la tachycardie a repris, toujours à un taux qu'on n'arrive pas à évaluer. La Quinicardine intraveineuse interrompt définitivement l'accès au bout du 7e cc., mais on injecte encore les 3 cc. restants. Digilanide i.v. 4 cc., théobromine 3 gr. Hydroquinidine 6 dragées à 0 gr. 15.

11 février : Orthodiagramme (fig. 1). **Cœur** : très importante augmentation de volume de la masse ventriculaire; la pointe, très globuleuse, plonge profondément dans le diaphragme et se rapproche sensiblement du bord costal, les pulsations ont une amplitude réduite. **Aorte** normale. **Hiles** très chargés. **Poumons** : diminution de la transparence à la base droite. **Sinus costodiaphragmatiques** : **droit**, gris et peu mobile; **gauche**, clair, aigu, mobile. **Médiastin postérieur** : gris et partiellement occupé par la masse cardiaque.

Electrocardiogramme (fig. 3). **Rythme** sinusal à 120. **Complexes auriculaires** d'amplitude augmentée en DI, DII et aVF, diphasiques + — en DI, DII, aVF, V1 et V2, diphasiques — + en aVR. **Relations auriculo-ventriculaires** normales; espace P.R. : Osec. 16. **Complexes ventriculaires** légèrement allongés, mesurant Osec. 36 (maximum normal pour la fréquence de 120 : Osec. 32). Ondes rapides QRS : axe électrique à + 40° environ (cœur en position électrique intermédiaire), ondes S d'amplitude augmentée en V2, complexes transitionnels en V3 (cœur en rotation antihoraire). Segment ST très oblique en V2 et V3. Ondes lentes T aplaties dans toutes les dérivations périphériques et en V4, V5 et V6, négatives, larges et profondes en V1, V2, V3 et VE1.

De prime abord l'interprétation de ces anomalies paraissait assez délicate, leur apparition pouvant être liée à l'accès tachycardique lui-même (syndrome post-tachycardique), à l'imprégnation digitalique et à l'influence de la quinidine; toutefois l'absence d'abaissement du point J, l'allongement de la systole électrique et l'aspect de T nous ont fait attribuer à ce dernier facteur une importance prépondérante si ce n'est exclusive.

Sphygmogramme huméral : pulsations régulières, d'amplitude suffisante, présentant un dicrotisme marqué.

Du 11 au 23 février le sujet prend régulièrement 18 gouttes de Digitaline et 6 comprimés d'Hydroquinidine par jour.

Le 12, sans cause apparente, il a une lipothymie de la durée de 5 minutes, précédée par quelques palpitations. Le cœur, qui quelques heures auparavant, avait une fréquence de 90, bat maintenant à 150, la TA s'est réduite de 15-8 à 10-8, le malade est pâle et assez choqué. Des analeptiques, administrés par la voie intramusculaire, contribuent à le remonter assez rapidement.

Malgré cet incident, qui n'aura ni suites ni récidives, l'amélioration se poursuit rapidement. Les bruits du cœur restent normaux, le pouls, régulier et bien frappé, oscille entre 100 et 120, la tension se maintient aux alentours de 13-8 en même temps que la diurèse s'élève rapidement à 2.500 cc., les œdèmes diminuent et finissent par s'éliminer complètement, l'épanchement pleural droit résiduel se résorbe, la stase pulmonaire disparaît, le foie reprend son volume normal tout en gardant encore une légère sensibilité et le malade semble tout à fait guéri. A cette amélioration clinique correspond une aussi importante amélioration radiologique et électrique.

L'orthodiagramme du **23 février** (fig. 1) montre un cœur de volume légèrement augmenté, animé par des pulsations régulières et de bonne amplitude et une aorte normale.

L'électrocardiogramme du même jour (fig. 4) présente les caractères suivants : **Rythme** sinusal à 100. **Complexes auriculaires** ondes P d'amplitude augmentée en DI DII, DIII, aVL et V1, diphasiques + — en DIII et en aVR. Axe électrique dévié à gauche, aux environs de —10°. **Relations auriculo-ventriculaires** normales; espace P. R. : Osec 16. **Complexes ventriculaires** de durée normale pour la fréquence considérée. Ondes rapides QRS : axe électrique à 0° (cœur en position sémi-horizontale). Complexe transitionnel en V3 (rotation anti-horaire), ondes S d'amplitude augmentée en V1, V2, V3 et V4. Segment ST raccourci ou oblique dans toutes les dérivations, notamment en V1 et V2. Ondes lentes T : axe électrique à + 30°. inversion avec aspect asymétrique en V1, V2 et VE1, amplitude diminuée en V3.

Dans ce tracé, on remarque donc une nette amélioration des anomalies de l'onde T qui est devenue nettement positive en DI, DII, aVL et aVF, s'est redressée et raccourcie en V3 et a pris un aspect normal en V4, V5, V6. De plus, la systole électrique a maintenant une durée de Osec. 30, chiffre normal pour une fréquence cardiaque de 100.

Enfin, le **14 mars**, lorsque le cœur était en rythme sinusal depuis déjà trois jours, une **vitesse de sédimentation globulaire** donne des résultats normaux (1re h. : 4 mm., 2e h. : 10 mm., 24e h. : 41 mm., I.K. : 4,5) et une

analyse d'urines décèle, mais seulement de façon transitoire, 0 gr. 12 d'albumine par litre, des traces de sels et d'acides biliaires et quelques hématies.

Le **16 mars**, soit 34 jours après la fin de l'accès tachycardique, le sujet qui est resté sous l'action constante de la digitaline et de la quinidine, continue à se sentir tout à fait bien. Il n'a plus présenté aucun malaise, **l'examen clinique** est négatif, **l'image radiologique** (fig. 1) s'est tout à fait normalisée, **l'électrocardiogramme** (fig. 5) montre dans les précordiales droites et dans les centrales une nette évolution des anomalies précédemment constatées : l'onde T se redresse nettement en V1, V2 et V3 et le segment ST est bien dégagé, mais présente en V3 et en V4 un aspect en cupule que l'on peut attribuer à la digitaline prise continuellement depuis plus d'un mois.

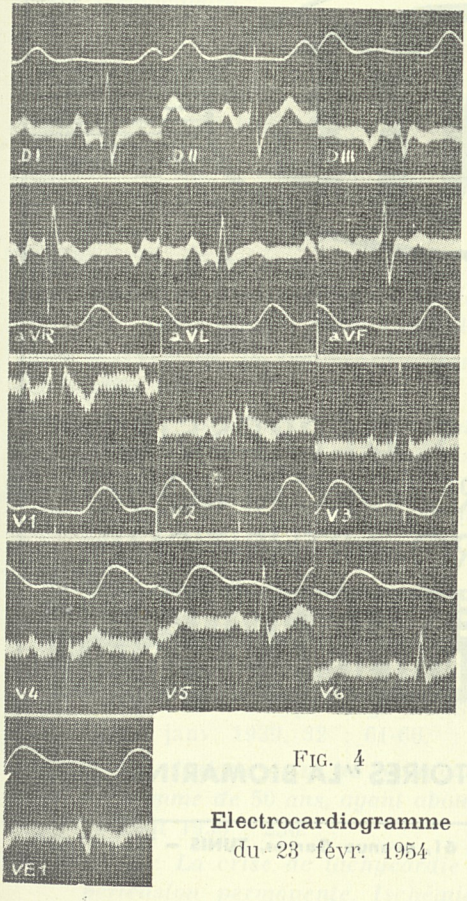


FIG. 4

Electrocardiogramme
du 23 févr. 1954

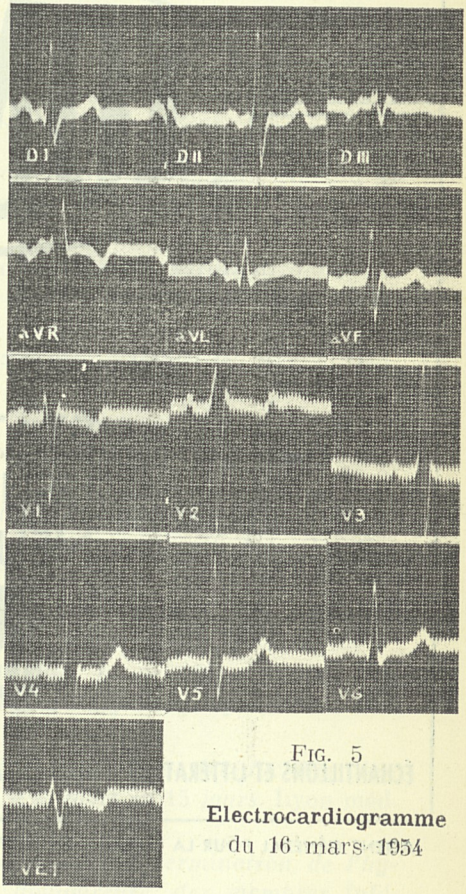


FIG. 5

Electrocardiogramme
du 16 mars 1954

MÉDICATION
BIO-ÉNERGÉTIQUE
COMPLÈTE

IONYL

ÉTATS DÉPRESSIFS
USURE ORGANIQUE
NEURO-ARTHRITISME

RÉSULTAT IMMÉDIAT
INNOCUITÉ ABSOLUE

ÉCHANTILLONS ET LITTERATURE : LABORATOIRES "LA BIOMARINE", DIEPPE

AGENT GÉNÉRAL POUR LA TUNISIE : Ets NOTE, 61, avenue Garros, TUNIS — Tél. : 97.090

Ainsi, cette observation nous apporte la preuve qu'une thérapeutique hardie et très énergique peut interrompre un accès de tachycardie paroxystique exceptionnellement prolongé et guérir radicalement et en quelques jours un syndrome d'insuffisance cardiaque grave qui aurait fatalement évolué vers la mort.

RESUME

Chez un adolescent, par ailleurs normal et n'ayant jamais présenté le moindre trouble cardiaque, un accès de tachycardie paroxystique supra-ventriculaire de longue durée (plusieurs semaines) s'accompagne d'une forme d'insuffisance cardiaque grave qui semble devoir rapidement évoluer vers la mort. La quinidine intraveineuse n'arrive à interrompre définitivement la crise qu'au bout de la troisième injection; la thérapeutique déplétive et les tonicardiaques administrés « larga manu » contribuent à récompenser le sujet très rapidement et de façon tout à fait spectaculaire.

BIBLIOGRAPHIE

(Ne sont cités ici que des travaux sur les accès tachycardiques de longue durée ou revêtant une forme asystolique).

ANTONUCCI C. et SEBASTIANI A. *Asportazione del ganglio stellato sinistro in un caso di tachicardia parossistica.* Boll. Atti R. Acad. Med. Roma. *52*, 1925-1926.

BERTOLI R. et PRATI G. : *Un caso di tachicardia parossistica da sindrome di Wolff-Parkinson-White, seguito da gravi Alterazioni elettrocardiografiche. Folia Cardiol.*, 1950, *9*, 97-105.

BOUVERET : *De la tachycardie paroxystique essentielle.* Revue Méd., 1889, 755.

DECLAUDE : *Discussion à propos de la communication de Donzelot, Sikorav et Essel.* Soc. Franç. Cardiol., 21 janv. 1945 in Arch. Mal. Cœur; janv. 1945, *38* : 23-24.

DI GIUSEPPE Fr. : *Contribution à l'étude du syndrome électro-cardiographique post-tachycardique. A propos d'un cas.* Acta Cardiol, 1950, *4*. 174-181.

DONZELOT : *Déformations transitoires des courbes électriques après accès de rythme hétérotope.* Arch. Mal. Cœur, 1943, *36*, 104-105.

DONZELOT E. et MENETREL B. : *Infiltration novocaïnique stellaire au cours d'un accès prolongé de tachycardie paroxystique.* Arch. Mal. Cœur, janv. 1939, *32* : 61-66.

DUMAS A. : *Unique crise de tachycardie paroxystique irréductible chez un homme de 50 ans, ayant abouti à la mort en 15 jours.* Lyon méd. 24 août 1930 : 236.

DUMAS A. : *La crise de tachycardie paroxystique, terminaison de l'hypertension permonente. Ischémie douloureuse des membres inférieur.* Prat. Méd. Franç., janvier 1933 (A) : 3.

CORTINE NATURELLE

AMPOULES
"20 g. et 125 g."
DRAGÉES
SUPPOSITOIRES

LABORATOIRES LAROCHE-NAVARRON

63 RUE CHAPTAL
LEVALLOIS - SEINE - PER. 61-35

La Grande Marque
Des Antiseptiques
Urinaires et Biliaires

56, Boulevard Pereire
PARIS (17e)

URASEPTINE ROGIER

dissout et chasse l'acide urique

Echantillons et Littérature :
OFFICE DE PROPAGANDE MEDICALE, 53, r. des Maltais, TUNIS

FROMENT R. et GALLAVARDIN L. : *Les tachycardies paroxystiques*, Traité de Médecine, *10* : 356, Masson, Paris, 1948.

GALLAVARDIN L. : *De la tachycardie paroxystique à centre excitable; enregistrement électrique du début et de la fin des accès.* Arch. Mal. Cœur, janv. 1922 : 1.

GALLAVARDIN L., VEIL P. et FROMENT R. : *Tachycardie paroxystique à accès très prolongé. Inconstance des manifestations asystoliques.* Lyon. Méd., 5 janv. 1930 : 3-19.

GALLAVARDIN L. et FROMENT R. : *De la tachycardie paroxystique (maladie de Bouveret), d'après une statistique de 177 observations.* Journ. de Méd. de Lyon, 20 sept. 1930, : 517-545.

GÉRAUDEL E. et MOUQUIN M. : *Un cas de tachycardie paroxystique à évolution maligne et à tracés complexes (commandes multiples).* Arch. Mal. Cœur, juill. 1937, *30* : 453-460.

HUEBER E.-F. et RISSEL E. : *L'évolution favorable d'un cas grave de tachycardie paroxystique sous l'influence de l'injection intra-veineuse de digitale.* Wien. Klin. Woch, 23 août 1940, *53* : 684.685. in Presse méd., juin 1941 : 50-51.

JOLY F. : *Déformation électro-cardiographique transitoire après accès tachycardiques paroxystiques.* Arch. Mal. Cœur, 1944, *37* : 42-44.

LANGERON L. : *Sur deux cas de tachycardie régulière prolongée, Nature atrio-ventriculaire, tolérance clinique, réduction thérapeutique.* Arch. Mal. Cœur, mai 1931, *24* : 273-287.

PADILLA T. et COSSIO P. : *La quinidinothérapie endoveineuse dans certains troubles du rythme cardiaque.* Arch. Mal. Cœur, juillet 1931, *24* : 401-409.

PARKINSON J. et PAPP C. : *Repetitive paroxysmal tachycardia.* Bristish Heart J., oct. 1947, *9* : 241-262.

PLASIC C., DJORDJEVIC B., SLAKOVIC J. et SAVIC S. : *Six cas de syndrome post-tachycardique.* Premier Congrès Mond. Cardiol., Paris, 3-9 sept. 1950, *2* : 383-392.

RAYNAUD R. et BERNASCONI P. : *Le syndrome électrocardiographique post-tachycardique.* Algérie Méd., mars 1952 : 125-133.

SAMAIN L. : *La tachycardie paroxystique auriculaire (maladie de Bouveret).* Leçons de Cardiologie faites à l'Hôpital Broussais sous la présidence de Ch. Laubry, première série, Doin, Paris, 1936 : 37-47.

VEIL P. et CODINA-ALTES J. : *Traité d'électrocardiographie clinique* Doin, Paris, 1928 : 321.

JUGLANE

PILULES ANTIDIABÉTIQUES
A BASE D'EXTRAIT DE NOYER

BAUME ADOL

POMMADE ANTIRHUMATISMALE

GOUTTES ADOL

GOUTTES ANTISPASMODIQUES

POTION ADOL

SIROP ANTINÉVRALGIQUE

Dépôt et Echantillons sur demande

Laboratoires du JUGLANE & ADOL Réunis

8, Rue - Jaboulay LYON

PANORAMA ACTUEL DU DIABÈTE COMMUN

par le Dr M. UZAN

(*Suite et fin*)

—o—

III. APERÇUS THERAPEUTIQUES

On peut dire, en gros, en ce qui concerne le diabète commun, que la thérapeutique pratiquée partout, se résume sommairement en deux indications majeures : diététique et insulinothérapie. Et, que l'on ne s'y trompe pas, il ne s'agit là que d'une *médication symptomatique,* le traitement causal comme d'ailleurs la cause finale du diabète restant à découvrir. Mais cette médication symptomatique est précieuse et possède une valeur indiscutable, car elle permet la survie prolongée du malade et peut lui épargner bien des complications; elle autorise enfin d'envisager, grâce à ses résulats, le reclassement social du diabétique.

Elle a subi une évolution considérable et, pour ne remonter qu'à la découverte de l'insuline, il y a à peine plus de 30 ans, nos idées à son sujet, ont connu de profonds bouleversements.

Prenons le cas du régime : entre les premières prescriptions du siècle dernier de rations aglucidiques riches en protéines et en graisses et de valeur calorique élevée, et l'idée dominante actuelle de réaliser une ration hypocalorique mais équilibrée autant que possible, quel chemin parcouru, passant par les dédales des régimes gras ou hyperprotidiques, des cures du jeûne ou d'alimentation univoque (cures d'avoine, de pomme de terre, voire de lait ou de crudités), évoluant au gré des conceptions du jour.

Mais voici que, vers 1931, un pédiatre, STOLTE, cherchant à se libérer de la masse des théories diététiques opposées, parle pour la première fois de la « freie Diät », du « régime libre ». Il est aussitôt suivi par LICHTENSTEIN (de Stockholm) qui publiait dès 1945 les résultats de 10 années d'expérience chez les enfants diabétiques. Entre temps, TOLSTOI, aux U.S.A., se faisait, avec éclat, le champion de cette nouvelle diététique du diabète. Le malade est laissé se nourrir à son gré, corrigeant ses troubles par l'insuline dont les quantités sont adaptées aux nécessités révélées par les contrôles répétés des urines, des sensations et du poids. Formule évidemment tentante et que les idées que l'on se fait actuellement du diabète, maladie du seuil cellulaire du glucose, semble justifier au moins en théorie. Elle devait rapidement gagner du terrain et, aujourd'hui, les tenants du régime libre et les partisans de la diète contrôlée s'affrontent dans des joûtes passionnées. C'est ainsi que, par exemple UHRY et DUCAS pouvaient écrire : « choisir la liberté, c'est adhérer à l'anarchie ».

Si, cependant, nous analysions les indications données dans les deux camps, nous trouverions bien moins de sujets de querelle, en dehors de celle — psychologiquement regrettable — des mots.

En effet, la grande majorité des auteurs attachés au régime contrôlé, préconisent maintenant :

a) une ration hypocalorique, fixant à 25 à 30 calories le nombre de calories par kilo de poids et par jour (au lieu des 40 du sujet normal);

b) le respect de l'équilibre de la ration, comportant un minimum indispensable de glucides : 150 gr. et plus souvent 200 gr. (nous sommes loin des rations de 60,80 ou 100 gr. d'hydrocarbones du début du siècle) et l'on sait qu'une ration équilibrée doit comporter 1 à 1,5 gr. de protides par kilo et 25 % de ses calories en graisses en moyenne. Elle doit apporter toutes les vitamines et les minéraux utiles sans oublier le lest. Enfin, le diabétique a intérêt à avoir un régime plutôt alcalinisant.

La vieille notion de « tolérance aux glucides » est actuellement dépassée. Comme le fait remarquer Azérad, on obtient des chiffres différents suivant les méthodes qu'on emploie pour l'établir : soustraction des éliminations du total des glucides ingérés, fixation de la limite supérieure des ingesta pour laquelle le sucre apparaît dans l'urine ou, au contraire, de la limite inférieure qui fait disparaître la glycosurie. En réalité, une notion plus précise, mais plus délicate à apprécier, devient celle de « l'utilisation ».

Les partisans du régime libre, à commencer par Tolstoi lui-même, préconisent aussi un régime d' « undernutrition » de 30 à 35 cal. par kgr. et par jour; ils pensent que la ration spontanément choisie doit comporter de 200 à 300 gr. de glucides pro die et 2/3 à 1 gr. de protides par kgr.. Ils s'opposent à des surdosages des divers éléments de la cure et comptent sur le « bon esprit » de leurs malades, si bien que, comme le dit Demole, la liberté « est bien plus psychologique que matérielle ». Azérad affirme bien aussi que le régime libre doit être, néanmoins conforme « au régime normal rationnel ».

Mais alors quelles divergences persiste-t-il encore entre les deux camps ? Il y en a cependant.

Le vrai but que poursuit le thérapeute est au fond celui de tenter, de maintenir l'homéostasie en ce qui concerne le sucre sanguin d'abord. Le contrôle fixe une répartition des glucides aux divers repas de telle sorte que les sollicitations produites soient autant que possible assez uniformes et que, si l'insulinothérapie est associée au régime, elle couvre, sans à-coups marqués, les variations de la glycémie du nycthémère. Il est difficile dans la diète libre de l'assurer sans quoi alors on supprime évidemment cette liberté. Azérad a dit justement : « le problème se pose de savoir si on peut équilibrer un diabétique mangeant librement ». Ce n'est pas non plus sans tâtonnements et difficultés qu'on y parvient et là, alors l'insuline est absolument nécessaire avec la sujétion de la piqûre quotidienne ou biquotidienne est celle des contrôles des urines au moins, tout comme dans le régime le plus contrôlé. D'ailleurs les partisans de ce dernier savent très bien aujourd'hui que contrôle ne veut pas dire asservissement absolu à la balance. Il y a longtemps déjà que l'on s'est aperçu de l'illusoire exacti-

tude des régimes trop mathématiquement définis : on connaît trop les variations de composition des végétaux par exemple suivant l'espèce, l'année, la provenance, la maturité, la conservation, etc. Nous avons vu tout à l'heure que l'on ne peut préjuger de l'utilisation d'un aliment quand bien même on saurait sa teneur très exacte en glucides. Et puis, tous les produits glucidiques ne sont pas « tolérés » également : pour un même taux d'hydrocarbones théorique, les fruits et légumes le sont mieux que la pomme de terre ou le riz, eux-mêmes mieux encore que le pain. Une même quantité d'aliments sucrés n'est pas utilisée de la même façon suivant la qualité du régime, voire même du repas antérieur.

Par suite, les prescriptions ne peuvent être que des indications de base assez larges où, en dehors des aliments très riches en amidon ou fécule, tels que pain, pâtes et dérivés, pomme de terre dont on doit préciser les chiffres, il est laissé une marge assez souple pour un ensemble de légumes et de fruits frais et le lait dont il semble peu utile de limiter de façon rigide les quantités, sauf indications toutes spéciales. On voit, dès lors que si l'on n'accepte pas la fantaisie effrénée de certains malades pour qui l'on aurait « choisi trop de liberté », ni la sujétion trop déprimante d'une mathématique trop précise pour n'être pas un leurre, on n'est pas loin de trouver le terrain favorable à une conciliation de points de vue qui pouvaient paraître farouchement opposés.

Quoiqu'il en soit, le régime libre a trouvé des adversaires nombreux aussi bien en Amérique qu'en Europe et récemment encore aussi bien Wilson, Root et Marble aux E.U. que Lederer en Belgique ou que Uhry, Ducas et Eliachar en France, parmi tant d'autres, montraient que le régime contrôlé restait le facteur essentiel de prévention des lésions dégénératives.

Ce sont, en réalité, la constance du régime, la répartition uniforme ou, en tous cas, suffisamment étalée de la ration glucidique dans la journée, la faible proportion des graisses, le bon équilibre de la ration globale en l'absence de toute suralimentation, qui constituent les éléments de base du régime qui, sans eux perdrait toute efficience. Dans ces conditions, le régime à prescrire devient assez simple. Pour un diabète commun de l'adulte, on donnera par exemple 30 cal. par K. avec 1 gr. de protides par K., 25 % des calories, soit 7,5 cal. correspondant à 0,8-0,85 gr. de graisses, le reste provenant des glucides (soit 4,5 gr. environ). On vérifiera alors si l'utilisation des glucides est bonne, faute de quoi, on pourrait ramener la part des hydrocarbones, à un chiffre inférieur jusque à un minimum de 2,5, augmenter les graisses sans dépasser un maximum de 1,6 à 1,75 gr. Si, malgré celà, l'équilibre ne peut être établi, on recourra à l'insuline. Pour un diabétique obèse, la ration globale devra être ramenée à 25 cal. par kilo et parfois encore moins. Dans toutes ces combinaisons, le rapport

$$\frac{\text{Glucides}}{\text{Protides} + \text{Lipides}}$$

est acceptable et évitera une cétogénèse excéssi-

ve indésirable. Lorsque les lésions dégénératives artérielles ou hépatiques seront menaçantes, on devra réduire largement la proportion des graisses. Chez l'enfant, enfin, on doit tenir compte des besoins de la croissance et, par suite la quantité de protides pourra s'élever à 1,5 voire 2 gr par kg. : il est impossible alors de réduire les glucides au-dessous de 4 grs par Kg : d'où la nécessité absolue de l'insulinothérapie.

Pour la prescription des glucides, un moyen simple consiste à fixer 60 % de la ration en substances vraiment riches qu'il faudra peser : pain, pâtes, riz, pommes de terre, légumes secs, fruits farineux, etc, laissant la liberté pour l'approximation des autres 40 % provenant du lait, des légumes verts, des fruits frais. C'est ainsi que pour un régime de 200 grs de glucides, on proposera par exemple : Pain blanc 110 grs; riz 20 grs et pommes de terre 250 grs laissant la liberté de consommer les 80 autres grammes de glucides sous les formes diverses de légumes frais, fruits frais et lait et, si l'on se souvient que dans ces conditions, il faudrait pour réaliser ce chiffre plus d'une livre de fruits frais, près de 2 kgr. de légumes verts ou près de 2 litres de lait, on conçoit que quelle que soit leur répartition dans le mélange, le malade qui consomme « normalement » de tels aliments, arrive tout juste à satisfaire cette exigence du régime malgré son grand appétit.

Ce qu'il importe surtout, c'est de bien étaler les glucides dans la journée, afin d'éviter d'une part, les pointes hyperglycémiques indésirables et de solliciter, d'autre part, d'une façon régulière, mais modeste, par les glucides en quelque sorte rythmiquement introduits, les cellules β langérhansiennes.

Ces préoccupations apparaîtront d'autant plus importantes lorsque diététique et insulinothérapie seront associées. L'insuline, en effet, doit arriver au moment propice, comme le voyageur a besoin d'arriver à la gare au moment de l'entrée du train, ni trop tôt, ni trop tard. C'est là une notion qu'on ne saurait perdre de vue si l'on veut éviter alors les désordres qui naîtraient de l'alternance anarchique de poussées hyperglycémiques alimentaires et de dépressions hypoglycémiques insuliniques. C'est peut-être là, d'ailleurs, le meilleur argument à opposer au régime dit « libre ».

Reste encore la question, pour nous importante, du choix des glucides. Nous avons déjà rappelé que tous les hydrocarbones ne sont pas également « tolérés ». Il est classique, en particulier, de dire, depuis Von Noorden, que le fructose (ou lévulose) est un sucre qu'on peut utiliser assez largement chez le diabétique : d'où les autorisations de consommer certains fruits, le miel, etc. Théoriquement, en effet, le fructose n'a pas besoin, pour entrer dans le métabolisme, de la formalité de l'hexokinase; le ferment qui le phosphoryle est une fructo — (ou céto) Kinase sur laquelle l'insuline n'a pas d'action (Flestcher et Hess, Leuthardt et Tesla). Cependant une grande partie de ce fructose (80 % ?) est transformée en glycogène d'où il se dé-

PHOSPHALUGEL

PHOSPHATE D'ALUMINE COLLOIDAL

PANSEMENT DIGESTIF

Laboratoires BIOTHERAX, La Plaine, St Denis (Seine)



tache à nouveau sous forme de glucose, si bien qu'en fin de compte, l'administration de fructose finit par élever la glycémie. STUHLFAUTH a montré récemment que l'injection lente intraveineuse de fructose permet l'utilisation quasi-complète de ce sucre, alors que par voie orale, on assiste à une augmentation de la glycémie. Toutefois cette augmentation n'est jamais aussi forte que pour une dose équivalente de glucose, car, une partie, quand même notable, peut être utilisée directement par les tissus, surtout chez les sujets acidosiques : le fructose se conduit, comme le dit WEINSTEIN, comme un anticétogène rapide et un économiseur de protides. Du point de vue thérapeutique, nous retiendrons que la perfusion veineuse de fructose permet dans le coma diabétique de combattre efficacement l'intoxication acido-cétosique tout en permettant des doses moindres d'insuline.

A rapprocher de l'action du fructose, celle du sucre interverti très en cour chez certains auteurs ou du sorbose qui ne semblent ni l'un ni l'autre supérieurs au lévulose lui-même.

Le *galactose* pose des problèmes plus délicats : ce sucre qui est un composant du lactose entre dans la constitution aussi de certains galactolipides (ou cérébrosides) et de la chondrosamine. Métaboliquement, il est transformé en glucose-phosphate après phosphorylation, grâce à une galacto-isomérase (galactowaldenase) isolée en 1949 par CAPUTTO, LELOIR et leurs coll. Le glucose-1-phosphate formé passe à l'état de glycogène : ceci explique certaines galactosuries liées à un trouble de ce métabolisme particulier et montre la part importante du foie dans ce processus : d'ailleurs, on sait l'intérêt de l'épreuve de la galactosurie provoquée dans l'étude fonctionnelle de cet organe, souvent lésé dans le diabète.

L'utilisation diététique des *hexoses-phosphates* n'est pas encore entrée dans les mœurs. Cependant CHAIN (1952) a montré que, chez le diabétique, c'est l'ester de CORI (l'hexose-1-monophosphate) qui pourrait être le plus aisément utilisé. Certains auteurs ont préconisé l'exose-1-6-diphosphate (ou ester de HARDEN et YOUNG). En 1950 JAHN et KAUER en ont publié quelques bons résultats.

On voit ainsi les difficultés diététiques qui restent, malgré le libéralisme d'aujourd'hui, un sujet de préoccupations incessantes. C'est pourquoi la collaboration du malade reste absolument nécessaire et il faut lui faire partager les responsabilités assumées.

Nous insisterons peu sur l'insulinothérapie dont chaque médecin maintenant fait une application quasi journalière. Il nous faut cependant entrouvrir un peu le dossier des insulines-retard. On sait que, pour éviter la répétition dans la journée des piqûres, on a tenté d'avoir des insulines à action ralentie pouvant théoriquement couvrir par une seule dose les besoins quotidiens. La découverte en 1936 de la combinaison Insuline-protamine-Zinc par HAGEDORN et son école (I.P.Z.), avait paru résoudre le problème et cet I.P.Z. atteint aujourd'hui une diffu-

sion extraordinaire. Cependant, l'expérience a prouvé, qu'en dehors de cas bénins, il était plutôt difficile d'équilibrer ainsi la glycémie d'une manière régulière dans le nycthémère. On a bien proposé de faire deux piqûres quotidiennes d'IPZ à 12 heures d'intervalle par exemple comme s'y sont résolus récemment encore avec succès MULLER, BOUTEILLE et BOUCHE (1953) et bien d'autres mais cela n'est pas toujours suffisant. On a proposé, comme on le sait des mélanges d'IPZ et d'insuline ordinaire : le mélange toutefois ne peut se faire dans la seringue et il faut séparer les deux produits sous peine de ne pas obtenir l'effet désiré.

La réalisation d'une di-insuline dont le mélange avec l'insuline ordinaire ne semble pas donner ces ennuis (?) a bien été obtenue et l'on nous a proposé alors deux formules à 50 % ou 75 % mais là encore, il faut le plus souvent deux injections quotidiennes. Je citerai encore la globine-Zinc-insuline connue surtout à l'étranger et l'insuline au subtosan employé en France qui n'échappent pas aux mêmes inconvénients.

La découverte du NPH 50, insuline cristallisée à action assez retardée a permis un peu plus souvent de couvrir les besoins quotidiens du malade, mais il faut tenir compte ici du risque d'hypoglycémie vers la huitième heure nécessitant un repas supplémentaire à 16 heures (goûter) par exemple si la piqûre est faite le matin à 8 heures. Mais il reste toujours un même inconvénient avec la dose unique : il est des sujets à glycémie trop instable pour ne pas avoir des variations regrettables malgré même ce NPH. BOULIN a longuement insisté sur toutes ces difficultés de l'insulinothérapie-retard. Certains auteurs ont préconisé toute une série de cocktails d'insulines et récemment encore on nous offrait un mélange de trois insulines.

Peut-on espérer mieux ? Les nouvelles insulines lentes obtenues en préparant des suspensions d'insuline amorphe ou cristalline dans un milieu contenant du zinc (1 à 2 mgr. pour 1000 unités) et permettant ainsi d'obtenir des produits de durée d'action plus ou moins prolongée et leurs mélanges, en proportion définies pouvant réaliser toute une gamme d'intermédiaires, seront-elles plus heureuses ? On offre ainsi à notre expérimentation une insuline semi-lente agissant 12 à 16 heures, une insuline lente étendant son action sur 24 heures et même une ultra-lente pouvant dépasser cette durée. Les expériences toutes récentes de JERSID, HALLAS-MOLLER et leurs coll. semblent justifier les espoirs mis dans ces nouvelles formes d'insuline : il reste à en apprécier les effets avec un recul suffisant.

Le but idéal du traitement insulino-diététique est de réaliser évidemment une glycémie normale avec disparition de la glycosurie. Cependant la technique de BRUSH (1944) qui consiste à maintenir à tout prix un taux bas du glycose sanguin afin de « reposer le pancréas » est dangereuse car l'hypoglycémie chronique présente souvent de graves dangers, plus graves que ceux qu'elle entend combattre (Cf. surtout

les travaux de KERR (1936), HIMWICH (1941) et leurs coll. attirant l'attention sur l'hypoglycosie cérébrale). La glycémie d'ailleurs ne reflète pas toujours la mesure exacte de l'hypoglycosie, témoin le phénomène de SUNDERMANN décrit depuis 1932 : si des diabétiques ayant de hauts taux de sucre sanguin, subissent de grosse doses d'insuline sans les carbohydrates correspondants, il font parfois un syndrome cliniquement analogue à l'hypoglycémie malgré que leur glycémie semble encore normale ou même élevée : les signes observés sont liés à d'hypoglycistie précédant l'hypoglycémie et qui ont la même gravité. Les expériences de MIRSKY montrent le danger de fortes doses d'insuline longtemps poursuivies, inhibant complétement les fonctions langérhansiennes.

Enfin, on ne peut dire qu'il existe une relation certaine entre quantité d'insuline injectée et quantité de glucose détruite : suivant le cas, une unité d'hormone peut correspondre à l'utilisation de 1 à 6 gr. de glucose pour n'indiquer que les limites les plus habituellement déterminées. Aussi ne peut-on pas fixer a priori sur le vu d'un bilan glucidique la dose d'insuline à introduire : l'équation comporte trop d'autres inconnues : insulino-résistance, état de l'équilibre acido-base, valeur des composantes endocriniennes du syndrome et aussi rapport entre les divers constituants du régime et nous n'évoquons là que les facteurs les plus admis.

De là, la nécessité de surveiller attentivement le malade et de ne chercher à obtenir qu'une équilibration du bilan glucidique que dans des limites raisonnables et surtout constantes. Derrière bien des diabètes réputés instables se trouve une responsabilité thérapeutique.

L'abus des doses en insulinothérapie sur quoi insistait il y a peu de temps encore P. DELORE, est toujours inutile, souvent dangereux. On observe aujourd'hui plus souvent des comas hypoglycémiques que des comas hyperglycémiques et nul n'ignore que ce sont les premiers les plus redoutables.

Si les accidents de l'insulinothérapie sont bien connus et combattus efficacement, il reste beaucoup à dire sur les incidents de cette thérapeutique qui, pour ne pas être aussi dangereux n'en sont pas moins très fâcheux. On peut en décrire de 2 ordres principaux :

Les uns sont locaux, se produisant aux lieux d'injection. Nous ne parlons pas des phénomènes infectieux dus à la mauvaise stérilisation de la seringue, mais des incidents relevant de l'insuline elle-même. Les lipodystrophies insuliniques sont bien connues maintenant : BOULIN y revenait récemment et son élève CHIMÈNES y consacrait une étude très complète. On décrit aussi des réactions nécrobiotiques aux lieux d'injection (BARTELHEIMER 1952). Il suffit en général de ne jamais répéter les injections au même endroit dans un temps trop rapproché pour éviter de tels ennuis

Les autres, généraux, sont liés à ce que l'on a coutume d'appeler phénomènes d'intolérance et phénomènes de résistance à l'insuline. Il

existe, en effet, une allergie possible à l'insuline : certains auteurs (LERMAN, LOWELL, MARTIN, SMELO, SPOONT et DYER, etc...) ont pu prouver l'existence, dans quelques cas d'anticorps spécifiques au moyen de tests précipitants et de tests de transfert. Dès 1936, HIMSWORTH émettait l'avis que l'insulinorésistance pouvait relever d'un manque de sensibilité à l'insuline et la découverte d'une insulinase (MIRSKY) inactivant l'hormone lui a apporté une justification. Le cas d'hypersécrétions hormonales antagonistes peut encore se poser : une observation publiée en 1952 par LOPIS, BOTHWELL et SWERDLOW montrent comment au cours d'une dégénérescence néoplasique de cellules interstitielles du testicule, on a vu apparaître dans le sérum du malade une substance inhibant l'insuline.

On voit ainsi que de nombreux problèmes se trouvent posés dans ce seul secteur de l'insulinothérapie. Il est certain que l'insuline par voie orale, si elle pouvait être réalisée, serait l'idéal; elle passerait ainsi par le système porte comme l'hormone produite dans l'organisme normal, ce qui serait plus physiologique comme le fait remarquer justement SOSKIN. L'administration par voie perlinguale préconisée déjà par SACHS puis par LEWIS (1949) serait-elle une solution d'avenir ?... On nous a déjà bien offert sans trop de succès l'insuline intrarectale ou même intranasale (MAJOR 1936), voire en aérosols (PERRI et CAMBIAGGI 1950).

Mais à côté de la diététique et de l'insuline, ne peut-on faire une place à quelque autre médication, active aussi ? On doit aujourd'hui espérer répondre affirmativement dans un délai proche. Il suffit de se souvenir des grands mécanismes, intéressant les transformations des glucides dans l'organisme pour recevoir aussitôt de nombreuses suggestions thérapeutiques.

Les unes concernent les éléments *métaboliques:* On peut se demander si l'administration de certains enzymes ou co-enzymes ne seraient pas utiles chez les diabétiques. *L'hexokinase* qui reste en somme la clé de l'entrée du glucose dans le métabolisme ne pourrait-elle être tentée ? Son administration en excès ne forcera-t-elle pas la première phase du processus nutritionnel qui semble la plus perturbée chez le diabétique ? Ce ne sont encore que d'essais timides dans cette voie laissant la porte grande ouverte à des recherches futures. Les co-enzymes utilisés tout au long du métabolisme glucidique, méritent aussi attention. Le D.P.N. (diphosphonucléotide) devrait motiver une expérimentation. Si la co-carboxylase a trouvé, depuis les travaux en France de l'école de BOULIN, des applications nombreuses non seulement dans les observations principes d'acidoses diabétiques, mais dans bien d'autres cas encore : neuropathies, rétinopathies (KLUGER et DALLE COSTE), syndrome de K.W. avec infantilisme (BENMUSSA et coll.), etc., le co-enzyme A n'a pas encore, hors des essais concernant des affections hépatiques à l'étranger, été expérimenté chez le diabétique.

Mais il a été fait, comme dans le cas de M. Jourdain de la prose sans le savoir, car ces co-enzymes ont tous comme groupements pros-



EVONYL

CHOLAGOGUE ET CHOLÉRÉTIQUE

Laxatif Doux

ASSOCIATION PHYTO-OPOTHÉRAPIQUE :

Evonymine, Fucus, Agar-Agar, Podophyllin, Extraits biliaires

STIMULE LES FONCTIONS HÉPATIQUES ET LE PÉRISTALTISME INTESTINAL

PRÉSENTATION

Boite de 60 comprimés (dragéifiés)

POSOLOGIE

1 dragée aux 2 principaux repas ou 2 dragées le soir

LABORATOIRES FLUXINE · PRODUITS BONTHOUX · VILLEFRANCHE (RHÔNE)

TUNISIE : Agence Pharmaceutique Française - 8, Pas. du 7 mai - TUNIS

thétiques des dérivés vitaminiques dont les vitamines correspondantes ont été largement utilisées chez les diabétiques. Vitamine B_1, vitamine PP, acide pantothénique sont en effet les éléments fondamentaux de la constitution de la cocarboxylase, du DPN, du CoA. Une expérience récente de Lazarow (1950) montre par exemple l'effet protecteur de la nicotinamide vis-à-vis de l'intoxication par l'alloxane. Il est prescrit aussi dans le diabète d'autres vitamines du groupe B qui interviennent en d'autres points du métabolisme comme co-ferments. C'est la Vit. B_2 qui, sous forme de flavoprotéine favorise les oxydations du cycle de Krebs, c'est la Vit. B_6 qui devenue ester du pyridoxal est un co-enzyme nécessaire à la gluconéogénèse faisant entrer les acides aminés après leur désamination dans ledit circuit. Biotine, adénine, acide folique, choline, etc.. interviennent aussi et c'est pourquoi Biskind et Schreier (1946) avaient proposé un espèce de cocktail vitaminique (comprenant thiamine, lactoflavine, nicotinamide, pyridoxine, pantothénate de Ca, choline, inositol et acide folique) comme thérapeutique nutritionnelle agissant plus ou moins sur les co-enzymes.

Mais d'aucuns ont pensé que le drame diabétique se jouait plus probablement à l'occasion des phosphorylations et se sont demandés si ce n'était pas une carence en groupements phosphorés à grand pouvoir énergétique qui pouvait être en cause. La prescription d'adénosine-triphosphate est en cours d'expérimentation encore. Dans un cas récent, Jahn (1953), s'est demandé si la résistance à la thérapeutique de certains comas ne serait pas due à une lésion du système phosphorylant créatine-phophate-A.T.P. : il pratique 2 perfusions de 2 gr. de créatine dans 150 cc d'eau ou de solution de fructose, 2 heures avant et après l'administration de l'insuline : il eut la joie de voir revenir son malade à un équilibre normal. C'est dans le même esprit que Le Gac prescrit plus simplement du phosphate di-sodique à ses diabétiques.

La compétition physiologique pour les mêmes processus enzymatiques des graisses et des glucides au niveau du pool métabolique, l'intérêt de libérer le foie de sa graisse dans ces diabètes « par encombrement adipeux » comme les appellent Lawrence ou Darnaud, ont mis en relief l'importance des substances *lipotropes*. Ces « facteurs » nouveaux révélés à nous en premier par les travaux de Best, Huntsmann, Ridout en 1932, sur la choline et la lécithine, sont très nombreux aujourd'hui : choline, bétaïnes du glycocolle, de l'alanine et de la cystine, méthionine et ses dérivés, (Tucker et Eckstein 1937), inositol(Gavin et Mc Henry 1940), phytol (Bernhardt 1950), etc. L'hormone « *lipocaïc* » de Dragstedt (1936) est lipotrope par sa richesse en choline et en vagotonine de Santenoise; l' « anti-fatty liver factor » de Chaikoff est un enzyme protéolytique. Certains auteurs pensent que thréonine, lysine (Singal et coll. 1953), pyridoxine, acide folique, vit. B_{12}, facteur citrovorum seraient lipotropes, peut-être, comme le dit Polonovski, à cause de leur valeur cholinogène. On voit combien d'indications de telles substances peuvent avoir au cours du diabète.

D'autres facteurs adjuvants du métabolisme sont ceux qui agissent sur l'équilibre acido-base et l'équilibre électrolytique des humeurs. Le problème se présente différemment suivant qu'il s'agisse d'un diabète simple ou d'un diabète avec acido-cétose. C'est évidemment dans ce dernier cas que le problème se pose d'une façon particulièrement aiguë : en effet, l'acidose est alarmante et le déséquilibre ionique peut atteindre rapidement le secteur intracellulaire et affecter le potassium entre autre. On a longtemps vécu, surtout pendant l'ère pré-insulinique, sur la notion de l'alcalinisation nécessaire et massive, thérapeutique de base des diabètes décompensés; et le bicarbonate de soude fut largement distribué per os, par voie rectale et par perfusion intraveineuse. Les observations retentissantes alors des cliniciens d'Outre-Rhin et, en France, de LÉPINE, LABBÉ, etc., avaient accrédité cette pratique contre laquelle petit à petit quelques oppositions se manifestèrent, montrant que ce bicarbonate pouvait être non seulement inutile mais nuisible. L'élévation de la R.A. n'est pas tout, la notion d'un pH sanguin dissocié venant d'ailleurs souvent compliquer les faits et l'alcalose provoquée aggravant parfois les symptômes comme dans l'observation si instructive bien qu'ancienne déjà de BOOHER et KILIAN (1924), peut-être par le fait de désordres hypoglycémiques brutaux comme dans les cas de E. MAY et R. TIFFENEAU (1939) ou de GIRAUD, BALMÈS et MIROUZE (1947) pour ne citer que celles-là, ou peut-être encore par l'hypokaliémie secondaire, observée par les auteurs américains. On préconisa d'ailleurs dès le début d'autres alcalins réputés moins dangereux tels que citrate de soude, lactate de soude, solution de RINGER, etc...

En fait, dans le coma diabétique, l'insuline, le glucose ou le fructose, les solutions salines en perfusion suffisent le plus souvent. Les accidents d'hypokaliémie à craindre après les premières doses d'insuline, sont facilement combattus si l'on utilise des sérums mixtes bien équilibrés comme par exemple la solution de DARROW (NaCl = 4,4; KCl = 2,7; CO_3NaH = 4 grs par litre) apportant 122 mEq de Na, 35 mEq de K et 55 mEq de CO_3H pour 102 de Cl très largement suffisants. Il se pose, à côté des troubles du K dans l'acidose, d'autres problèmes secondaires de l'équilibre électrolytique intéressant notamment les ions Mg et Ca perturbés aussi (MARTIN et WEITMANN), mais la reprise de l'alimentation ou les perfusions de soluté de RINGER au besoin en viennent à bout. Nous retiendrons pour la diététique des acidosiques hypokaliémiques que un verre de jus d'orange représente déjà 9 à 10 mEq de K de même qu'un verre de lait en offre 7 à 8, ce qui n'est pas négligeable.

Mais si le problème de la thérapeutique « alcaline » est ainsi à peu près résolu au cours des comas et des acido-cétoses accusées, il reste posé pour l'ensemble des autres cas de diabète.

Les anciens auteurs TROUSSEAU, PIDOUX, LÉPINE, etc. en recommandaient la prescription à tous les diabétiques, RATHERY, MARCEL LABBÉ

pensaient que l'usage des alcalins pouvait sensibiliser même l'individu à l'action de l'insuline. Mais, à l'étranger surtout, si Baker en limitait déjà les indications, Joslin en rejette l'usage absolument.

Cependant, l'expérience montre bien que l'acidose inhibe la glycolyse, favorise cétogénèse et cholestérogénèse, que l'alcanisation ramène bien à de saines normes ces différents épisodes métaboliques. L'usage, en particulier, des Eaux Minérales alcalines a montré, chez les diabétiques des améliorations indiscutées et les hydrologues français ne se sont pas lassés de le répéter multipliant leurs expériences et observations (Cf surtout les rapports de Rathery et Chabrol, Piery et Milhaud et Puech, etc...) Il a fallu que récemment encore à l'étranger Greif, Muttelbach et Moro (1951) reviennent sur le sujet pour montrer que de telles eaux facilitaient l'assimilation des hydrocarbones et pouvaient permettre la réduction des doses d'insuline des 2/3 par suite de l'augmentation de la sensibilité à l'insuline consécutive à leur administration. A. Vichy comme à Vals, comme à Pougues, les spécialistes français n'ont pas dit autre chose et cela depuis fort longtemps.

Il en est des alcalins comme de l'insuline ou du sucre et comme de toute autre médication réputée active : on ne peut en faire des prescriptions hâtives, légères, quelconques et non contrôlées. A côté de celle de l'équilibre glucidique, l'étude de l'équilibre acido-base est indispensable pour apprécier et régler un tel traitement. C'est ainsi, croyons-nous, que doive être liquidée la « querelle du bicarbonate ».

Un mot enfin du facteur « oxygénation », Van Middlesworth (1946) avait pu réaliser un véritable *diabète anoxique* chez les rats soumis à une ration hyperglucidique et exposés 4 h. à une pression atmosphérique de 258 mm. de Hg. On sait d'autre part l'importance de l'oxygénation du sang artériel hépatique dans l'évolution du métabolisme hydrocarboné (H. Benard et coll.). Il en découle des indications climatiques et thérapeutiques qu'il ne faut point méconnaître.

A côté des facteurs métaboliques, voici maintenant les facteurs *endocriniens*. Il est certain que le traitement s'impose lorsqu'il s'agit d'un hyperfonctionnement de glandes hyperglycémiantes évident : ablation d'une tumeur ou radiothérapie, frénation chimique hypophysaire (frénantol, diobène, isotyl, etc..) Les hormones génitales peuvent être parfois envisagées comme des frénateurs de ce type; c'est surtout le cas des androgènes, utilisés largement par l'Ecole Italienne, par Bertram et préconisés en France en implants par Klotz et Avril (1952) Les œstrogènes, en revanche semblent avoir une action propre et les recherches de Houssay et de son élève Rodriguez en particulier, (1950) tendent à le prouver : œstrone, diéthylstilboestrol, diénestrol, œstradiol, ont paru donner les meilleurs résultats. L'association œstrogène-insuline a pu guérir des diabètes alloxaniques expérimentaux alors que l'insuline n'y suffisait pas et l'œstrogène isolé pas toujours. Le champ des recherches s'ouvre très vaste de ce côté. Il y a d'ailleurs, dans les

traitements endocriniens des aspects à première vue paradoxaux un peu troublants. Le cas des androgènes est typique : en clinique, la testostérone en tant que frénateur de l'hypophyse, semble soulager pas mal de diabétiques; expérimentalement, elle se conduit comme une hormone plutôt hyperglycémiante, aggravant le diabète. Ce sont sans doute des faits de cet ordre qui expliquent les succès obtenus dans les diabètes instables par Gilbert-Dreyfus, Schiller et leur coll. par l'administration prudente de cortisone, elle-même cependant hyperglycémiante.

Il a été démontré récemment qu'une substance particulière, le D.D.D. [2, 2 bis (parachlorophényl) - 1, 1 dichloro-éthane] pouvait produire une atrophie élective de la zone interne de la cortico-surrénale (Nichols et Sheehan, 1952), prévenait le diabète alloxanique (Brown, 1953) et combattait, non seulement l'action éosinopénique et uricurique de l'A.C.T.H., mais aussi l'effet diabétogène de cette stimuline (Nichols et Green, 1954).

Les antithyroïdiens de synthèse se sont avérés utiles chez les diabétiques; ce sont surtout les dérivés de la thio-urée et du thio-uracile qui ont paru les plus actifs : ce sont comme on le voit des composés soufrés. Ils entrent dans le cadre des substances comportant des radicaux thiols -SH ou disulfures -S-S- dont nous allons maintenant dire un mot. L'insuline est sécrétée, comme on le sait, par les cellules du pancréas et cette sécrétion ne peut se faire que si d'une part, sont présentes des substances ayant un groupe thiol (cystéine, glutathion) et d'autre part, si il se trouve aussi une certaine proportion d'ion Zn. Lazarow a pu montrer ce fait : beaucoup de produits chimiques de ce type facilitent la synthèse de l'insuline : à côté de glutathion, de la cystéine déjà cités, on peut signaler ainsi l'acide thioglycolique, le B.A.L., la méthionine auxquels on pourra ajouter encore l'acide thiolactique, (Schuster), les produits comportant des radicaux disulfures (Binet et Wellers). Il est probable que plusieurs substances réputées antidiabétiques agissent suivant ce mécanisme. Nous l'avons vu avec Dziri en ce qui concerne divers produits végétaux dont l'extrait de corchorus. Cette action thérapeutique des produits soufrés est très importante et, déjà quelques résultats intéressants ont pu être notés. Elle ne s'exerce d'ailleurs pas seulement au niveau de la sécrétion insulaire, mais semple avoir aussi une heureuse action sur la synthèse de certains enzymes utiles au métabolisme glucidique : hexokinase, phosphoglucomutase, phosphorylase, peut être le co-enzyme A, etc...

L'etude des effets de ces composés soufrés ont conduit à des trouvailles suggestives concernant des produits nouveaux. En 1942, Janbon expérimentant un nouveau sulfamide le para-amino-benzène-sulfamido-isopropyl-thio-diazol fut surpris de son intense action hypoglycémiante; Loubatières montra l'action excitatrice de l'insulinogénèse de ce produit dont il fit une étude très poussée (1944-1946). L'effet de ce produit rejoint celui d'une série d'autres : le 2-sulfanilamide-5-cyclopro-

pyl-1-3-4-thiodiazol très goitrigène étudié par CHEN, ANDERSON et MAZE, le 5-isopropylidène-2-4-dithio-hydantoïne et le 4-mercapto-2-méthyl-quinazoline expérimentés par HOUSSAY, LOTT et MARTINEZ en 1952. Voilà encore tout un nouveau champ de recherches qui ouvre de vastes horizons.

Ces horizons nous étaient déjà offerts depuis longtemps par des travaux phytothérapiques d'où la chimie n'avait pu extraire encore que des faibles lueurs. En effet, beaucoup de plantes se montrent posséder quelque vertu hypoglycémiante : myrtille, chou, épinard, endive, gousses de haricots, feuilles d'olivier, ou de noyer, peut-être même le jus de citron selon ABU KHATWA. Il faut encore y ajouter toute une série de végétaux moins communs: le galega officinalis, le solanum indicum le « tasj », le sumac, scoparis dulcis, centaurea polymorpha, vinca rosea, etc... (nombreux auteurs). COLLIP pensait en 1923 rattacher une telle action à la présence d'une glucokinine, véritable hormone végétale substituant l'insuline. CONDORELLI (1924) extrayant ses phytochinines surtout des graminées croit plutôt à un rôle du type vitaminique et si MILLS 1928) le rapporte à des vitamines du groupe B., CARRÈRE-COMÈS récemment décrit une nouvelle vitamine B_{13} ! Nous avons, nous-même, avec DZIRI, reconnu une action hypoglycémiante à des extraits particuliers de « corchorus olitorius » et quelques autres végétaux mais ils nous a semblé que cette action était justement liée à la présence, dans ces extraits, de substances comportant des fonctions thiols ou disulfures !

En réalité, si quelques végétaux sont chargés de produits d'apparence plus ou moins spécifique (telles la myrtilline, la morrhénine par exemple) ou des substances d'aspect vitaminique, on trouve dans la plupart des autres deux types de matières bien distinctes :

Les unes comportant des radicaux soufrés ce qui nous ramène aux corps signalés plus haut et dont l'intérêt thérapeutique est incontestable.

Les autres, plus discutables, sont des dérivés de la guanidine. On sait, que dès 1918, les propriétés hypoglycémiantes de cette substance avaient été reconnues par WATANABE et QU'IZAR en 1920 l'avait proposée comme traitement possible. Plus tard, pendant que TANRET et SIMONNET étudiaient la galégine (iso-amylène-guanidine) extraite du galéga, que IZAR et ses coll. expérimentaient l'acoïne (Chlor. de di-para-anisil-monophénétyl-guanidine), NOTHMANN et WAGNER sortaient la synthaline (décaméthylène-guanidine) (1926-28); les recherches de RATHERY et son école en clinique, les travaux anatomopathologiques de VARELA-FUENTES et ses élèves, les expérimentations des Japonais, devaient rapidement montrer l'action néfaste de ce produit sur le foie. KUMAGAI et ses coll. devaient, suivis par BISHOFF trouver que les alkyl-guanidines étaient d'autant plus hypoglycémiantes et toxiques à la fois, que leur chaîne alkyl était plus longue : substances glycoprives, selon la conception de SCHERN, mais combien dangereu-



Laboratoires J. LAROZE – 54, rue de Paris – Charenton (Seine)



ses ! Aussi la synthaline devait-elle rapidement disparaître de l'arsenal antidiabétique. Cependant, lorsqu'on songe au rôle de la guanidine dans le métabolisme, à l'action de l'acide aminé guanidique qu'est l'arginine (acide α -amino-guanido-valérique) qui compose les 90 % de la protamine et intervient d'autre part, avec le glycocolle et la choline dans la synthèse organique de la créatine, on peut se demander si ce chapitre des dérivés guanidiques est bien définitivement clos.

Certains ions minéraux ont une action sur le pancréas, qui mérite une mention, car il peut en résulter quelque indication thérapeutique utile. Le Zn favorise la production d'insuline et l'on connaît la théorie d'OKINAMATO puis de KADOTA qui veut que les substances capables d'inhiber les cellules β ont une affinité spécifique pour l'ion Zn. Par ailleurs, le Co a une action inhibitrice sur les cellules α productrices du facteur H.G. ou Glucagon (VAN CAMPENHOUT) et l'on voit qu'on pourrait balancer les fonctions pancréatiques grâce à une équilibration harmonieuse des ions Zn et Co.

Il faut enfin signaler encore l'importance très grande du facteur *psychosomatique* dans le diabète : HINCKLE, WOLF et leurs coll. ne cessent d'y insister depuis quelques années : ceci explique l'intérêt du repos moral et peut-être l'indication des sédatifs nervins qu'il ne faut pas craindre de prescrire largement surtout dans les formes réputées « instables ».

Comme on le voit, l'ancienne liste — fort courte — des traitements du diabète s'allonge chaque jour grâce à des acquisitions nouvelles tendant à nous conduire, pas à pas vers une thérapeutique étio-pathogénique, ce qui projette dans l'avenir du diabétique, encore plus des possibilités de cure et, partant, un peu plus d'espoir.

*
* *

Mais guérit-on du diabète ? C'est là une question d'importance non seulement pratique mais doctrinale.

Eliminons d'abord les cas illusoires, les fausses guérisons : Il y a longtemps déjà que les grands cliniciens français avaient observé l'atténuation voire même la disparition du syndrome diabétique au cours des cirrhoses. UNGER en 1934 étendait ces cas à certaines hépatites CAROLI, ETEVÉ et BERTRAND revenaient récemment (1953) sur ce sujet. On ne peut parler ici de guérison : il s'agit de diabète avec foie, presque ou totalement, absent (réalisant, en petit, l'expérience de l'hépatectomie chez des animaux pancréatectomisés au préalable, ou à îlots largement détruits ou inhibés par l'action de toxiques tels que l'alloxane par exemple). De tels faits peuvent s'observer toutes les fois que l'atteinte du foie est très marquée : DAHL publiait, il y a peu de temps, un fait de ce genre chez une leucémique diabétique. Si, comme dans certaines hé-

patites aiguës, le foie reprenait ses possibilités fonctionnelles, le diabète reparaîtrait aussitôt.

Tel n'est donc pas notre propos : nous voulons parler de régression authentique du syndrome diabétique.

Nous avons insisté déjà sur certains diabètes transitoires. En clinique, on en connaît de nombreux cas et les pédiatres ont publié, par exemple, des observations typiques d'enfants convalescents d'infections aiguës ou ayant subi des agressions vaccinales, ou émotives, qui ont présenté un diabète caractérisé et qui, traités activement, ont guéri définitivement (au moins avec le recul des observations, recul de 8 à 10 ans parfois). A côté des cas étrangers bien connus comme ceux de LAWRENCE et MC CANCE ou de ULRICH, il existe une longue série d'observations françaises telles celles de COMBY, BAUMEL, LEMONNIER, LESNE et COFFIN; JULIEN MARIE, SERINGE, ROUÈCHE et MAURICE, FERROIR, etc. Quelques-unes intéressent même des sujets déjà adultes (BOULIN, BOUR, LETOURNEUR et FERROIR).

D'ailleurs certains diabètes « endocriniens » sont transitoires : l'hyperthyroïdien, amélioré par la thérapeutique, n'est plus glycosurique ou hyperglycémique; l'ablation d'une tumeur surrénale ou hypophysaire supprime le plus souvent le diabète concomitant.

Mais bien plus, certains diabetes « guérissent » parfois. Les obèses diabétiques par exemple, ramènent leur métabolisme glucidique à la normale, souvent après une simple cure d'amaigrissement; nous en trouvons de nombreux exemples dans les travaux de JOSLIN, LAWRENCE, LEDERER, BOULIN, GILBERT-DREYFUS, DARNAUD, etc.; et chaque diabétologue en a sûrement des observations typiques.

Si la notion de « diabète suspendu » (ESCUDERO, 1930) nous incite à garder une certaine circonspection dans les conclusions, l'expérimentation semble jutifier quelques-unes de ces constatations. Dès 1942, LUKENS et DOHAN avaient mis en valeur ce fait qu'un diabète méta-hypophysaire établi peut disparaître après une insulinothérapie d'au moins trois semaines maintenant strictement la glycémie à la normale, à condition que ce traitement soit institué dans les 3 mois qui suivent l'installation du syndrome; la phlorhidzine pourrait remplacer l'insuline (DOHAN et LUKENS 1943).

En 1946-47, HOUSSAY et ses coll.. voyaient guérir un diabète méta-alloxanique du chien après injections associées d'insuline et de phlorhizoside et, à l'autopsie les îlots étaient revenus à la normale.

LOUBATIÈRES (1946) avait observé une « guérison spontanée » chez un lapin diabétique grave qui avait perdu 40 % de son poids, après 4 mois de maladie. La biopsie cependant montrait toujours des lésions des îlots bien que de nouvelles injections répétées d'alloxane restaient sans effet.

Un chat de Young (1948) guérit aussi après 4 mois de diabète : l'autopsie faite 11 jours après cette guérison montra pourtant de la dégénérescence hyaline des îlots.

Lazarow (1952) rapporte les observations de rats qui avaient reçu 1 à 4 injections de 30 mgr p. kgr. d'alloxane : les uns présentèrent un état prédiabétique avec courbe d'hyperglycémie provoquée typique, les autres firent un diabète franc; à la 2e année, ces animaux étaient guéris et leurs courbes revinrent à la normale.

Comment expliquer ces faits troublants ? Anatomiquement, on n'a pas toujours une réparation totale des îlots. Hédon et Loubatières pensent qu'on pourrait faire intervenir toute une série d'hypothèses : épuisement du foie ou du lobe antérieur de l'hypophyse ou encore des surrénales ? ou bien inhibition des cellules α du pancréas ? adaptation enzymatique ?

Quoi qu'il en soit, voilà bien des raisons pour justifier les recherches thérapeutiques et la confiance et l'espoir que l'on peut mettre en elles.

VALS-REINE

ARTHRITISME — DYSPEPSIE — DIARRHEE INFANTILE
CASTRO-ENTERITES — DIABETE

Cure de boissons dans les Maladies infectieuses
Eau de table remarquable

IV. APERÇUS MEDICO-SOCIAUX

Le diabète reste une « maladie d'avenir » car le nombre des diabétiques ne fait que croître et il suffit de jeter un coup d'œil sur les nombreuses statistiques qui nous sont offertes pour le constater.

Cette progression démographique de la maladie semble reconnaître de nombreuses causes :

Tout d'abord, la population augmente dans le monde, mais malgré celà, la proportion des diabétiques croît plus vite que l'accroissement du peuplement. D'autre part, affection plus fréquente dans l'âge mûr, il est certain que le diabète trouve une raison de se développer à mesure que la longévité s'étend. Mais là encore, l'extension va plus vite que l'allongement de la vie. On a pu dire que, dans les nations policées, détectant mieux les troubles du métabolisme glucidique d'une part, étendant sur des grandes masses des examens systématiques préventifs, d'autre part, on laisse moins aujourd'hui dans l'ombre des diabétiques ignorés. Celà est encore exact pour une part, mais, il entre de plus, d'autres facteurs sociaux importants qu'on ne saurait négliger. D'un côté, l'évolution alimentaire a pu, au moins pendant un certain temps, jouer un rôle. Voici par exemple le cas de la consommation du sucre étudié déjà par HIMSWORTH. Aux Etats-Unis la consommation moyenne en 1880-90 était de 44 lb par an et par tête, elle atteignait 100 lb en 1920-30. Parallèlement la mortalité par diabète montait du 2,8/10.000 en 1880 à 14,9/10.000 en 1920. Cependant, la consommation se maintient depuis en plateau à 95 lb par tête et par an. Celà n'empêche pas la mortalité par diabète de croître toujours : elle était de 19 pour 10.000 en 1930, 23,3 en 1937, etc.

Ceci montre bien que si la consommation de glucides a pu jouer un rôle — d'ailleurs discutable pour plusieurs auteurs — elle n'est pas seule en cause en tous cas.

D'un autre côté l'élévation du standard de vie, les possibilités de transport et d'échanges de denrées, ont permis à une foule d'individus traditionnellement limités à une maigre ration, d'accéder à une alimentation plus abondante et plus variée. FLEICH a dit « le diabète est une maladie du bien-être ». EMERSON et LARIMORE, dès 1924, avaient déjà constaté que la mortalité des diabétiques aux Etats-Unis était la plus grande dans les Etats où la moyenne des revenus étaient la plus élevée. En Hollande, MUNTENDAM (1946) montrait aussi la corrélation entre morbidité diabétique et moyenne des revenus de la population. C'est un fait d'observation devenu courant.

Le dernier facteur enfin à signaler est l'insulinothérapie qui, ap-

pliquée largement, a permis à de nombreux diabétiques jeunes de poursuivre une vie prolongée, fondant même une famille.

Cette énorme proportion de diabétiques qui tend à atteindre en moyenne 2 % de la population et plus encore dans certains pays, pose d'office le problème dans le cadre social. En France, BOULIN, UHRY et leurs élèves GUÉNIOT, PÉQUIGNOT, LAPRESLE, etc., ont défini d'une façon très claire les limites de la question. Que peut-on obtenir de ces sujets dans la vie courante ? Comment les adapter à des activités sociales ? Que faut-il faire pour les soigner, prévenir les cas nouveaux et lutter contre ce véritable fléau qu'est le diabète ? Telles sont les questions qui se posent. Nous les étudierons sous trois rubriques :

— Traitement social du diabète;
— Prévention;
— « Réhabilitation » des diabétiques.

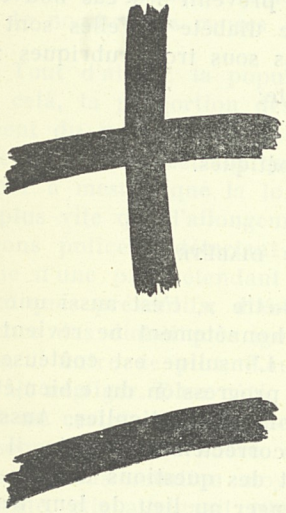
TRAITEMENT SOCIAL DU DIABÈTE

Si le diabète est la « maladie du bien-être », c'est aussi une maladie qui coûte cher. Un régime équilibré honnêtement ne revient pas aujourd'hui à moins de 500 frs par jour. L'insuline est coûteuse. Le prix moyen de 100 unités est de 200 frs. La progression du « bien-être » n'a pas suivi celle de certains prix, ceux-là en particulier. Aussi, si l'on veut que tous les diabétiques soient correctement traités, il faut les aider à le faire. Il se pose d'autre part des questions d'ordre pratique. Beaucoup de travailleurs doivent manger au lieu de leur travail, ce qui les livre aux mains mercenaires de traiteurs, restaurateurs, cantines, etc., où l'organisation de régimes appropriés fait complètement défaut. Enfin, un nombre imposant de sujets diabétiques n'a aucune éducation hygiénique ou diététique.

Il ne peut évidemment pas être question « d'hospitaliser », ne serait-ce qu'un certain laps de temps, tous les diabétiques afin d'établir leur bilan, les équilibrer, et les éduquer. L'équipement hospitalier d'un pays n'y suffirait pas. En dehors des épisodes compliqués graves, l'hôpital ne peut leur ouvrir ses portes. On pourra profiter, dans ces cas, évidemment, d'assurer par surcroît ce travail. Encore faut-il des services hospitaliers spécialisés avec des « chambres de coma » comme celles organisées à la Pitié par M. BOULIN, des diététiciennes avisées comme il en existe aujourd'hui dans bon nombre de services parisiens et des laboratoires toujours prêts, jour et nuit, à réaliser les examens urgents indispensables. Ceux qui ont eu à tirer un diabétique acido-cétosique du coma connaissent l'angoissante question des nécessités conjuguées de l'analyse et de la thérapeutique et les conditions de rapidité et de précision qu'exigent ces actes dont une vie humaine dépend. On gagnerait à créer des services spécialisés dans les sanatoriums pour diabétiques-tuberculeux, et dans les asi-

C. O. B.

ASSOCIATION NOUVELLE
ATROPINE + HORDÉNINE



Augmente
l'action
inhibitrice
sympathique
(HORDÉNINE)

et

Diminue
l'action
motrice vagale
(ATROPINE)

ORIGINALITÉ : Dose quotidienne d'Atropine ramenée à
0 mg 2

DRAGÉES à avaler ou croquer
GRANULÉ AROMATISÉ

2 à 4 dragées, ou mesures de granulé, le matin à jeun et le soir au coucher.
ENFANTS : demi-doses - NOURRISSONS : une mesure de granulé par jour.

SPASMES DIGESTIFS

REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Laboratoires COUTURIEUX, 79 rue de Tocqueville, PARIS 17e - Wag. 45-06

O.V.P.

les pour vieillards ou infirmes diabétiques. De même, un service de chirurgie spécialement réservé aux diabétiques est un besoin évident.

L'examen d'un diabétique nécessite une foule de techniques qui doivent se trouver réunies dans le service qui le reçoit : techniques de laboratoire, techniques d'études des complications vasculaires, oculaires, pulmonaires, surtout, pour ne parler que des plus urgentes. Son traitement nécessite une collaboration constante du médecin, de la diététicienne et du malade. Examens et traitements doivent en outre avoir une vertu éducative, ce qui permettra d'en prolonger l'action hors de l'hôpital.

Mais le diabétique qui n'a pas eu besoin d'être hospitalisé ? Il lui faudra fréquenter un dispensaire, avec consultation spécialisée. De telles consultations existent en France dans bien des hôpitaux (Paris, Lyon, Marseille, Bordeaux, Toulouse, Nevers, etc, etc..). Une telle organisation n'est valable que si en dehors des conseils médicaux, le malade trouve en outre, le moyen de faire ses injections s'il y a lieu, et les conseils pratiques d'une diététicienne, et que si, un service social bien organisé permet de se rendre compte des possibilités d'application du traitement dans le milieu familial. L'idéal est que, ce dispensaire, puisse permettre le déplacement éventuel de monitrices allant à domicile montrer à la ménagère comment réaliser la diététique du diabétique et contrôler de temps à autre la bonne exécution de ses prescriptions. C'est déjà une forme de « home care » qui pourrait éventuellement s'étendre par la mise à la disposition du malade, couché chez lui même, du médecin, du laboratoire, de l'infirmerie ne réalisant le transport du sujet que lorsque le cas est sérieux ou que les conditions des soins sont vraiment trop précaires.

L'assistance doit pouvoir s'étendre à la fourniture, à l'économiquement faible de son insuline et au besoin d'une aide alimentaire. D'aucuns proposent une aide en espèces qui n'est pas toujours malheureusement employé à bon escient. Aussi beaucoup envisagent-ils la création de coopératives de diabétiques leur offrant à prix coûtant certains aliments tels que viandes, légumes, fruits, etc., entrant dans leur régime, tous pesés selon la prescription donnée au malade.

Pour les travailleurs mangeant dehors, deux solutions ont pu être proposées :

1 ' Fournir dans de telles coopératives des repas froids tous prêts, à composition connue et adaptés sur commande aux nécessités diététiques du cas particulier, c'est là évidemment une solution élégante très proche de l'idéal. Mais elle ôte au malade le réconfort psychologique de manger en groupe avec les autres travailleurs à la même cantine ou au même restaurant.

2° Créer dans les restaurants ou cantines un secteur diététique livrant au malade des plats dont il peut connaître approximativement la composition diététique.

C'est un problème du même ordre qui se pose dans les hôtels des stations thermales fréquentées par les diabétiques. Les régimes « standards » pour diabétiques adoptées dans certaines organisations sont à rejeter car ils ne s'appliquent individuellement à aucun cas et ne sont qu'un « trompe l'œil ». Nous pensons qu'en pratique, on pourrait simplifier le problème du régime « personnel » d'une façon qui convienne à la fois aux exigences de la diététique et aux possibilités d'organisation hôtelière.

En effet, pour des réalisations collectives, l'utilisation d'un biais simple permet de résoudre ce problème. On réunit comme régime de base adaptable à tous, des repas comportant au départ, 20 gr. de glucides chacun, soit ainsi, pour 3 repas journaliers, 60 gr. de glucides déjà fixés. La ration glucidique sera complétée par des éléments de richesse hydrocarbonnée bien connue : pain, pommes de terre, riz, pâtes, fruits, voire sucre ou miel, suivant les nécessités de chacun. Celà permet en outre une grande souplesse de répartition des hydrocarbones car, comme on le sait, dans certains cas, on est obligé souvent de l'organiser en fonction des horaires et des doses des injections d'insuline. Au point de vue organisation de la cuisine tout devient plus simple car les rations de base sont toutes fixées et égales, et les appoints sont pris à une réserve spéciale qui n'aura que peu de pesées à sa charge. Si le service est fait avec des assiettes à poids égal, tarées d'avance, et des plateaux individuels numérotés, les difficultés se trouvent réduites au minimum. Il y suffit un peu de bonne volonté des malades et d'un peu d'attention chez le personnel qui les sert.

Les mêmes remarques et les mêmes solutions s'appliqueront aussi bien aux collectivités d'enfants : hôpitaux spécialisés, camps de vacances, maisons d'enfants, repas scolaires, etc.

Le cas du jeune diabétique à l'école pose un certain nombre de problèmes délicats : surveillance du régime, détection de l'accident hypoglycémique possible post-insulinique ou de l'accident diabétique authentique, prévention des accidents, plaies, émotions, etc, tous éléments « choquants » qui ont des conséquences particulièrement graves parfois chez ces petits malades. Il faut, chez le maître, une information suffisante, une observation avisée, un sens de la psychologie du jeune élève et une conscience de sa responsabilité envers lui. Des classes « spécialisées » pourraient être prévues éventuellement dans des grandes villes mais ce ne peut être qu'un pis-aller.

La question du rôle de la « Sécurité Sociale » dans tous ces efforts concernant l'assistance au diabétique reste pendante. Le diabète est en effet une affection chronique, longue et riche d'embûches et de complications. Il ne suffit pas d'accorder ici au malade, pour un temps (et quelle que soit la durée de ce temps) une contribution remboursant tout ou partie de ses frais médicaux et pharmaceutiques et des compensations à ses incapacités transitoires ou prolongées. Il faut, pour réduire aussi bien les complications que les lourdes charges qu'elles

peuvent représenter, *instruire* le malade, l'aider à les *prévenir* lui-même, lui éviter les causes nuisibles en le *reclassant* socialement et en *orientant* son activité vers des métiers, professions ou fonctions compatibles avec son cas. C'est tout le vaste problème que nous envisagerons sous ses aspects d'éducation, de prévention et de « réhabilitation » selon le mot que les anglo-saxons nous ont cédé.

L'éducation du diabétique

Le diabétique ne peut s'éduquer seulement par la lecture d'ouvrages bien faits, de tracts ou de brochures qu'il est obligé d'aller quérir. Ce sont au contraire ces ouvrages, tracts et brochures qui doivent aller à lui : il doit les trouver chez le médecin qui le conseille, au dispensaire qu'il fréquente, au centre d'éducation sanitaire proche. Une publicité bien faite mettra l'affiche utile sous ses yeux, projettera un court métrage dans les cinémas du quartier, luttera surtout contre les préjugés, les erreurs, le charlatanisme et les propagandes tendancieuses trop commerciales.

Mais c'est encore là un enseignement trop théorique : il doit s'y ajouter une éducation pratique : c'est au dispensaire que cela peut se faire, car il peut s'y trouver la diététicienne, la monitrice, l'assistante sociale qui montreront non seulement les conditions d'application du traitement, mais encore expliqueront et commenteront les divers aspects du problème médical et social qui se posent pour le malade.

C'est aussi dans le cadre des *associations de diabétiques* sainement dirigées que cette éducation pourra se faire car elles peuvent réaliser cette atmosphère « collective » si favorable psychologiquement à sa réussite. L'idée de soutien mutuel et de communauté d'intérêts, l'échange d'informations et d'impressions, la notion de l'intégration de sa propre action dans une action collective utile à la fois à tous et à soi-même, sont autant de stimulants qui entretiennent une volonté de persévérer dans une voie qui pourrait paraître pénible, décevante, voire sans issue, sans ces ressorts.

Ainsi, à l'œuvre primordiale et nécessaire de l'Etat ou de la Sécurité Sociale, s'ajoute celle, volontaire et convergente, des intéressés qui, joignant les efforts et confrontant les points de vue, permettra encore mieux l'évolution vers le progrès.

La prévention du diabète et de ses complications

Elle comprend avant tout le *dépistage* systématique des malades. Tous les examens médicaux devraient comporter l'analyse des urines et, dans des statistiques récentes, on constate qu'en moyenne, on découvre dans les collectivités explorées, toujours à peu près autant de diabétiques méconnus que de diabétiques avérés déjà reconnus.

Le dépistage doit être poussé plus avant parmi les membres de familles de diabétiques, et parmi les dysendocriniens et les dysmétaboliques en général : des recherches dans les urines fréquentes, complètées par le dosage de la glycémie à jeun et au moins, certaines fois par des épreuves d'hyperglycémie provoquée, seront nécessaires.

Des avis seront donnés à tous ces sujets et aux obèses en particulier pour régler leur régime et les entretenir dans un équilibre glucidique satisfaisant.

On déconseillera les mariages consanguins, les unions entre diabétiques ou entre malades endocriniens.

Parmi les diabétiques, la propagande servira surtout à éviter les complications : si l'on songe que 27 % des sujets diabétiques depuis 15 à 20 ans ont un trouble de la vue les rendant inaptes au travail, que 40 % des vieux diabétiques font des troubles circulatoires graves et qu'un grand nombre paie un lourd tribut à la tuberculose, sans compter la foule des incidents survenant chez le diabétique mal surveillé, lui faisant perdre un nombre considérable de journées de travail, on voit tout l'intérêt de l'effort de prévention à faire. Prévenir dans ce cas, c'est soigner, c'est éduquer, et c'est informer, tout cela en même temps. C'est parfois combattre des préjugés, des idées fausses, des propagandes intéressées.

C'est lutter encore contre le charlatanisme dont le diabétique est trop souvent la victime.

C'est agir enfin sur l'élément psychologique si important chez le diabétique, souvent insouciant de son mal, parfois sombrement résigné, toujours sensible aux espoirs les moins raisonnables comme aux découragements les plus futiles. Redonner confiance, arracher de l'esprit cette idée que « le diabétique n'est malheureusement pas un individu comme un autre », montrer que de tels malades peuvent remplir un rôle social, effectif, sont des actes importants pour remettre le diabétique dans une atmosphère de sérénité levant ainsi une lourde hypothèque psychosomatique.

La réhabilitation

La « réhabilitation » représente le couronnement de l'effort à faire dans cette voie. Il s'agit en somme d'utiliser *socialement* le diabétique sans nuire à sa santé, mais aussi en protégeant la société contre ses défaillances possibles. C'est ainsi, par exemple, qu'on ne peut confier la conduite d'une locomotive à un sujet soumis à l'insulinothérapie et qui risque d'avoir un accident hypoglycémique pendant le voyage. C'est ainsi qu'on ne peut exposer un diabétique aux intempéries et aux causes possibles d'intoxication ou d'infection, sans prendre un lourde responsabilité.

Toute profession sédentaire ou semi-sédentaire et régulière dans son activité, peut convenir au diabétique commun. Aucun réglement rigide ne devrait complétement lui fermer l'accès à des fonctions publiques dont quelques-unes au moins, sont dans ce cas.

Cela ne veut pas dire que le diabétique ne doive point faire d'exercice. Tout au contraire, le mouvement, l'effort musculaire bien compris, bien réglé, lui est nécessaire et on ne saurait assez le préconiser, mais en le contrôlant, chez les diabétiques.

Comme on le voit, les problèmes médico-sociaux sont nombreux dans le diabète. Par suite de l'extension continue de l'affection, ils deviennent de plus en plus impérieux et urgents et BOULIN et CANIVET pouvaient écrire « Par sa fréquence, sa dispersion à toutes les classes de la société, le diabète sucré est et doit être considéré comme une maladie sociale ».

DOCTEUR . . .
à vos **Dyspeptiques,**
vos **Insuffisants pancréatico-biliaires,**
vos **Ulcéreux,**
à tous vos **Malades qui digèrent ou assimilent mal**
PRESCRIVEZ :

PANCREAL
KIRCHNER

Complexe d'extraits pancréatiques dégraissés et purifiés
suractivés par des ferments digestifs (diastases)
Contient 100 % d'éléments actifs (ni sucre, ni cacao, ni fécule)
POSOLOGIE : 3 à 4 COMPRIMES APRES LES REPAS
Catégorie B des Assurances Sociales — Echantillon sur demande

Laboratoires du Dr KIRCHNER - 24 bis, Rue de Verdun, STRASBOURG (Bas-Rhin)



TUNISIE : Ets ZANA et COHEN-JONATHAN
14 bis, Rue Arago — TUNIS

LES IVmes JOURNÉES NORD-AFRICAINES DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE

(ALGER 15, 16 et 17 AVRIL 1954)

par Jean COUPIN

——o——

Les quatrièmes journées de la fédération des groupements de pneumo-phtisiologie d'Afrique du Nord se sont déroulées à Alger les 15, 16 et 17 avril 1954. La présidence de la séance d'ouverture par Monsieur le Gouverneur Général LÉONARD, Président d'Honneur, témoigne de l'intérêt que portent les pouvoirs publics à l'étude d'une maladie dont l'éclosion et les modalités évolutives sont en rapport étroit avec les conditions sociales des populations.

Au seuil de ces journées le Professeur LÉVI-VALENSI a dressé le bilan des trois années écoulées depuis la première réunion d'Alger en 1951 et rendu hommage aux Drs Félix MASSELOT et CHENEBAULT qui, avec lui, ont été les ouvriers de la première heure.

Pour souligner la réussite de cette réunion il suffit de constater la présence des Professeurs Etienne BERNARD, BARIETY et PIECHAUD, et la participation nombreuse de congressistes non seulement d'Algérie, de Tunisie et du Maroc, mais aussi de France; tant il est vrai, comme l'a souligné le Professeur BARIETY, que la phtisiologie est une. Les aspects de la maladie encore observés en Afrique du Nord témoignent d'un retard sur les pays plus évolués. Ce retard sera vraisemblablement comblé en des étapes assez rapides.

Les séances de travail, très suivies, ont été présidées successivement par les Professeurs PIECHAUD, Etienne BERNARD et BARIETY.

Le Professeur Etienne BERNARD a fait une conférence dont le titre « Les cures d'antibiotiques de plus en plus prolongées dans le traitement de la tuberculose pulmonaire » est significatif de la tendance actuelle.

Les données expérimentales et cliniques justifient cette attitude; surtout depuis que l'I.N.H. est venu compléter la gamme des antibiotiques dont nous disposons.

Une période probatoire de trois à quatre mois paraissait suffisante jusqu'ici pour juger de l'action du traitement, d'après les premiers résultats. En fait, l'amélioration se dessine souvent beaucoup plus tard. D'autre part, les rechûtes fréquentes et rapides après les traitements de trois à quatre mois deviennent rares si le traitement est prolongé plus longtemps, parfois un an et davantage. Il faut souligner que cette conclusion est provisoire le recul du temps étant encore insuffisant pour un jugement définitif.

L'Association des antibiotiques ne semble pas influer sur la rapidité et sur l'importance de l'amélioration radio-clinique. Elle garde toutefois encore son intérêt pour retarder l'apparition de la résistance des germes.

Encore conviendra-t-il de suivre l'évolution de nos connaissances concernant certaines propriétés biologiques du bacille de Koch.

Depuis longtemps on sait que les bacilles de Koch que l'on trouve dans l'expectoration ou dans les pièces d'exérèse provenant de malades traités longtemps par antibiotiques ont une vitalité compromise. Cependant on ignore la portée exacte de ce fait.

La résistance des bacilles telle que nous la connaissons d'après l'étude des germes expectorés ne donne qu'une idée très imparfaite de la réalité. La discordance n'est pas rare entre la réponse du laboratoire et le résultat thérapeutique. Une observation du Professeur Lévi-Valensi et Molina est de ce point de vue très suggestive : l'étude de la résistance des bacilles d'un malade traité par drainage de Monaldi montrait la discordance entre la résistance des bacilles prélevés directement dans la caverne et la sensibilité des bacilles isolés de l'expectoration.

Peut-on appliquer ces nouvelles directives thérapeutiques en Afrique du Nord. Certainement oui, il n'est pour s'en convaincre que de se rapporter aux communications du Professeur Lévi-Valensi, Molina, Paturel et Mme Cohen-Adad « Deux cents cas de tuberculose pulmonaire traités par antibiothérapie simple ou associée-» et de Massonneau « Remarques au sujet de cent tuberculoses communes graves du musulman soumises au traitement antibiotique prolongé avec ou sans collapsothérapie ». Mais il faut garder à l'esprit que les conditions sociales, le manque fréquent de persévérance des malades, la gravité initiale de l'atteinte pulmonaire obligent à être assez interventionnistes. Les indications sont encore nombreuses de la collapsothérapie médicale et de la chirurgie thoracique. Pour cette dernière les interventions définitives telles que la Thoracoplastie et certaines Exérèses sont à préférer, quand elles sont possibles. Cela ressort des deux rapports, l'un Social confié à la Tunisie et présenté par Bloch, Broc, Coupin, Goujou et Lucien Tahar « Place et incidences sociales du pneumothorax thérapeutique dans la lutte antituberculeuse »; l'autre Clinique confié au Maroc et présenté par Chenebault et Chevret « La chirurgie dans le traitement de la tuberculose des Musulmans Nord-Africains »; ainsi que de diverses communications parmi lesquelles nous citerons celle de Venator, Le Hire et Delorme « Orientation nouvelle de la collapsothérapie chez le tuberculeux musulman au Maroc ».

Retenons de l'expérience marocaine que si, dans les conditions sociales qui sont les leurs, l'hospitalisation est la meilleure formule pour traiter nos malades, il est néanmoins possible de prescrire avec succès des cures antibiotiques à des malades de consultations. Le

fait que des traitements pré et post-opératoires aient pu donner satisfaction dans ces conditions laisse bien augurer des possibilités que nous offrent, depuis peu, en Tunisie la réalisation des Sanatoriums diurnes prônés par le Dr Félix Masselot, et la distribution de certains antibiotiques à nos malades externes.

Un révolution comme celle que représente l'apparition des antibiotiques ne va pas sans quelques modifications nosologiques. En Afrique du Nord, comme ailleurs, a été constatée avec une certaine fréquence l'évolution bulleuse des cavernes dans le cours du traitement. Diverses communications étudient les aspects étiologiques, évolutifs et thérapeutiques de ces bulles. Ceux-ci ne sont pas encore définitivement fixés.

Leandri rapporte « un exemple d'action bullogène du traitement par l'I.N.H. ». Cette étiologie fréquemment invoquée ne peut être affirmée, faute de preuve décisive.

Imbert, Meunier, Taby, Mme Giraud et Hetrick discutent l'exérèse « à propos de trois cas de cavernes bulleuses ». Cette intervention est d'autant plus logiquement discutée que, d'une part, l'avenir de cette lésion est incertain, Chenebault, Le Pape et Chazal trouvent à l'examen des pièces opératoires dans la paroi de cavités bien détergées et même épithélialisées des lésions histologiques encore évolutives; que, d'autre part, l'évolution de ces bulles peut être grave comme l'indiquent le Professeur Lévi-Valensi, Molina et Dalet; qu'enfin, la transformation bulleuse peut compromettre la fonction du territoire atteint, c'est ainsi que dans un cas l'angiopneumographie montre à Morère, Lamy, Pietri et Albertini la mauvaise irrigation du côté lésé.

Ces problèmes nouveaux ne doivent pas faire oublier qu'il est souvent bon de remettre à l'étude ce qui paraît établi. Le Professeur Piechaud dans sa communication « Processus de guérison de la tuberculose pulmonaire et pierres du poumon » rappelle les inconnues du processus de calcification dont le mécanisme complexe touche au métabolisme général du calcium. Il y a beaucoup à apprendre en reconsidérant des faits que leur banalité même sort du champ de nos préoccupations et qui par là, nous paraissent sans mystère.

Deux conférences, l'une du Professeur Bariety « Technique, indications et résultats de Pneumomédiastin », l'autre du Professeur Benhamou « L'électrophorèse dans la tuberculose » nous ont instruit de procédés diagnostiques nouveaux.

Le Pneumomédiastin, si l'on suit la technique précise et les précautions édictées par le Professeur Bariety et son collaborateur Ch. Coury, est bien supporté et ne donne lieu qu'à un minimum d'incidents. Par des clichés standards sous diverses incidences et des cou-

PULMOVACCIN

Toutes les affections microbiennes du Poumon

Complexe d'Essences Balsamiques pures

TUBEROL

Voies respiratoires, Coqueluche, Broncho-Pneumonie

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

CANTÉÏNE

PASSIFLORE

(Sédative) 0,50

ELIXIR — DRAGEES — SUPPOSITOIRES

HAMAMELIS VIRGINICA

(Décongestive et régulatrice du système vasculaire)

XXX gouttes

CRATŒGUS OXYACANTHA

(Toni-Cardiaque)

XXV gouttes

SALIX ALBA

(Fébrifuge)

0,25

MENTHE

(Stimulant)

X gouttes

Triade : Sédative, Régulatrice, Décongestive, Hyperactivée

Indication : Eréthisme cardiaque
Neurasthénie, Névroses, Menopause, Insomnie Cardiotonique Hypotensive

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

BALSEPTOL

Plaies, Brûlures
Affections gynécologiques

DISURYL

Pyélonéphrites
Cystites, Bacilluries

Pour ADULTES et FILLETTES

VACCINOVULES

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

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

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

pes tomographiques de face et de profil, il permet une étude radiologique précise de l'anatomie normale et pathologique du médiastin. Ainsi est renouvelée, enrichie et précisée la séméiologie médiastinale. cette investigation apporte des éléments diagnostiques et pronostiques importants non seulement aux affections médiastinales, mais aussi aux cancers du poumon dont elle peut permettre, dans une certaine mesure, un pronostic préopératoire. Il est curieux enfin, de constater qu'une technique nouvelle rénove souvent des diagnostics tombés en désuétude. C'est le cas pour la médiastinite à laquelle le pneumomédiastin apporte des arguments positifs tirés de la lecture des clichés et des constatations manométriques faites pendant les manœuvres d'insufflation de l'air.

Je ne pense pas que beaucoup d'entre nous aient soupçonné, avant l'exposé lumineux du Professeur BENHAMOU, ce qu'ils pouvaient demander à l'électrophorèse. Celle-ci peut être pratiquée sur le sérum sanguin et sur les divers liquides organiques. Pour le sérum le stigmate de la Tuberculose est l'augmentation considérable des globulines alpha. Cette augmentation a une valeur pronostique et aussi parfois diagnostique. Dans les liquides organiques tuberculeux l'électrophorégramme montre un abaissement de la grande albumine et une globuline gamma très augmentée. Lorsqu'existe un épanchement séreux qui ne fait pas sa preuve la confrontation des électrophorégrammes sanguin et séreux permet d'affirmer sa nature tuberculeuse s'ils montrent, l'un et l'autre, les altérations caractéristiques que nous avons indiquées.

Pour être équitable il faudrait analyser tous les travaux présentés à ces journées, car il y aurait un enseignement à tirer de chacun d'eux. Celà est matériellement impossible sans étendre démésurément ce compte-rendu. Force nous est donc de nous borner à ne citer que quelques unes des communications : le remarquable exposé de M. POROT « Incidences psychiques du traitement de la tuberculose par les antibiotiques », les cas de perforations glanglio-bronchiques au cours de la tuberculose pulmonaire tertiaire présentés par CHATONNIER et ZAFFRAN l'exceptionnelle observation de Kystes Hydratiques pleuro-péritonéaux du Pr. LEVI-VALENSI, BIES, AKOUN et Mme LARBAOUI, l'étude de SARFATI sur « quelques aspects de la tuberculose conjugale », enfin le travail du Pr. BENHAMOU où il montre l'intérêt diagnostique du pneumopéricarde dans la péricardite tuberculeuse avec épanchement.

On voit par ce qui précède combien ces journées furent riches d'enseignements. Il faut dire pour finir la qualité de l'accueil qui nous a été réservé.

Nous avons retrouvé à la Clinique de la Tuberculose l'organisation remarquable que nous avions connu en 1951. Tout était agencé pour le confort du travail. Pendant les pauses, une exposition de produits pharmaceutiques et de matériel radiologique et médical permet-

tait de se documenter sur place. De tout cela on doit remercier le Comité d'Organisation et en particulier le Dr MOLINA, son secrétaire, dont l'affabilité souriante nous a aplani toute difficulté.

Mais le plus précieux a été l'atmosphère d'amitié et de cordialité à laquelle ont contribué les Dames qui ont participé au Congrès.

Des réceptions nous ont été réservées qui ont rompu l'austérité de ces journées de travail et qui ont permis aux contacts amicaux de se nouer. Le Maire et le Conseil Municipal nous ont reçu à l'Hôtel de Ville; Monsieur le Gouverneur Général de l'Algérie et Madame LÉONARD dans le cadre féérique de leur Palais d'été. Le Professeur et Madame LEVI-VALENSI avaient organisé une réception qui fut particulièrement brillante, dans leur belle maison familiale de l'avenue Franklin Roosevelt.

Un déjeuner a été offert aux congressistes au Sanatorium d'enfants de Béni Messous. A l'issue de celui-ci fut renouvelé le bureau de la Fédération des Groupements de Pneumo-Phtisiologie de l'Afrique du Nord. VÉNATOR pour le Maroc, Ali SAKKA pour la Tunisie ont été élus à l'unanimité, Vice-Présidents de la Fédération. Quant à la Présidence, la réélection du Professeur LEVI-VALENSI a été l'occasion, non seulement d'une manifestation d'admiration pour sa réussite, mais aussi un témoignage d'affection unanime. Après l'élection a été fixé le lieu de la prochaine réunion qui siègera à Tunis, en 1956.

Enfin, les journées se sont terminées par un Banquet très réussi, dans le cadre splendide de l'Hôtel Saint Georges, sur le souhait de se retrouver tous dans deux ans.



TUNISIE : SPECIMEDHY, 37, Rued'Isly — TUNIS

SYNDICAT MÉDICAL FRANÇAIS ET TUNISIEN

—o—

Les Drs René Broc et Emile Halfon s'étant démis, en Décembre 1953, de leurs fonctions de Secrétaire Général et Secrétaire Adjoint, le Bureau du Syndicat est, depuis, ainsi composé :

Président :	Dr Barsotti
Vice-Présidents :	Dr Frahier
	Dr Nicolas
Secrétaire Général :	Dr Coursières
Secrétaires Adjoints :	Dr Debauchez
	Dr Bège
Trésorier :	Dr Sebag Albert
Trésorier Adjoint :	Dr Estienne
Conseillers :	Dr Biecheler
	Dr Broc
	Dr Caruana
	Dr Diacono
	Dr Duplenne
	Dr Halfon
	Dr Jadfard

A la suite de la parution des décrets fiscaux, de nombreuses réunions ont été tenues, de non moins nombreuses démarches ont été effectuées, en commun avec le Conseil de l'Ordre et le Syndicat Médical Tunisien. On trouvera un compte rendu de cette activité commune dans le bulletin publié par l'Ordre (*La Tunisie Médicale* de Février 1954).

De même, le Comité Interprofessionnel (organisations médicales et des autres professions libérales) intervenait auprès de M. Blachères, et une réunion était tenue sous la présidence de ce haut fonctionnaire le 9 Janvier 1954.

Notre Assemblée Générale du 23 Janvier 1954 discuta et adopta le projet de mémorandum destiné à S. Ex. le Ministre de la Santé Publique.

Notre Bureau fut reçu par S. Ex. le Dr Ghachem, Ministre de la Santé Publique, le 27 Janvier 1954, puis par M. le Secrétaire Général du Gouvernement Tunisien le 9 Février 1954, enfin par S. Ex. le Dr Ben Salem, Ministre de la Santé Publique, le 27 Mars 1954.

Il a demandé audience pour une visite de courtoisie à S. Ex. le Premier Ministre, Président du Conseil, et espère être reçu ensuite par S. Ex. le Ministre du Travail.

Nous voudrions faire rapidement ici le point des différentes questions qui préoccupent actuellement le Comité.

I. — *FISCALITE*

Nous continuons à suivre au sein de la Commission permanente du travail élue par l'Assemblée Générale des Médecins le 6 Février 1954, l'évolution de la question du droit fixe. Notre objectif demeure l'abolition de ce droit. Nous nous efforçons d'obtenir tous renseignements sur le régime fiscal en France, Algérie ou Maroc. Dès à présent, il apparaît qu'au Maroc, où le droit fixe existe, *et s'ajoute à l'impôt proportionnel sur les revenus*, ce droit n'atteint pas un niveau élevé.

La situation n'a rien de commun avec celle qui nous est faite par les récents arrêtés fiscaux, en fonction desquels le droit fixe peut dépaser le montant du droit proportionnel. Cette anomalie est envisagée explicitement par l'Administration au dos des feuilles jaunes de déclaration du Droit fixe (IX - déclaration au titre du droit proportionnel). Il est évident que dans une telle éventualité l'Administration ne peut valablement soutenir que le droit fixe est *déductible* de l'Impôt *proportionnel*.

Sur un plan plus général, notre Comité continuera à demander que les indemnités perçues par les médecins ne soient pas considérées comme honoraires et, en conséquence, ne soient pas soumises à la « Patente » mais seulement à la C.P.E. Il considère qu'en tout état de cause, l'Administration ne devrait pas pouvoir taxer au-delà du taux de l'impôt sur les salaires (5 %) *tous les revenus contrôlables des médecins; seuls les bénéfices « déclarés » pouvant subir une taxation de l'ordre de* 11,5 % (*plus les décimes*).

Un abattement substantiel à la base figure également dans nos revendications.

II. — *LOYER*

Les démarches du Comité Interprofessionnel auprès de M. Blachères ont abouti à un premier résultat satisfaisant. Monsieur le Commissaire à la Reconstruction a renoncé, en effet, au calcul du loyer professionnel en fonction de la surface, auquel nous soumettait le décret du 17 Décembre 1953 et nous a laissés « accrochés » au moratoire, moyennant une majoration de 20 % du prix du « loyer professionnel » par rapport au « loyer habitation ».

Il faut prévoir quelques « difficultés » avec les propriétaires dans les cas d'appartements mixtes (à usage à la fois d'habitation et professionnel) car l'évaluation de la part réservée à chacune de ces affectations sera sans aucun doute différemment appréciée par le propriétaire et le locataire.

Notre Bureau avait demandé également — en accord avec ceux du Conseil de l'Ordre et du Syndicat Médical Tunisien — que l'exer-

cice du droit de reprise que l'article 58 du décret du 28 Octobre 1948, modifié par le décret du 17 Décembre 1953, accorde au propriétaire d'un appartement de plus de 5 pièces, louées à usage d'habitation, ne puisse s'exercer qu'à partir de 6 pièces lorsque le locataire est médecin, et en fait la demande.

Nous avions fait valoir à l'apui de notre requête qu'un médecin dont le cabinet est distant de son habitation, est appelé à donner des soins en urgence, à toute heure du jour et de la nuit, à son domicile, qu'on ne peut lui faire obligation de donner ces soins dans sa chambre à coucher, ou celle de ses enfants, ou même dans son salon. Qu'il fallait donc reconnaître au médecin l'obligation de consacrer une pièce au moins de son habitation à ces soins d'urgence, pièce qui eut été soumise à une majoration de loyer de 20 %.

Par lettre du 16 Avril 1954, S. Ex. le Ministre de l'Urbanisme et de l'Habitat nous répond :

« ... J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'il ne me paraît pas « possible de satisfaire votre demande.

« Une modification du décret en ce sens équivaudrait à recon- « naître à vos confrères le droit d'avoir 2 cabinets, alors que les dis- « positions du Code de Déontologie ne les y autorisent pas.

« J'ajoute enfin que, pour répondre à la demande expresse des « intéressés, le décret du 17 Décembre 1953 a été modifié dans le sens « d'une assimilation plus complète des locaux à usage professionnel « aux locaux d'habitation.

« Il paraîtrait anormal maintenant de déroger à ce principe pour « aboutir au surplus à porter atteinte aux dispositions qui régissent « l'exercice de votre profession... »

III. — *INDEMNITES*

Le Comité syndical s'efforcera d'obtenir d'une façon générale le relèvement des indemnités actuellement perçues par les confrères, et dont le taux n'a pas varié depuis longtemps. Déjà, S. Ex. le Ministre de la Santé Publique nous a exprimé son accord de principe pour un relèvement des indemnités du corps médical hospitalier. Nous avons demandé dans le même ordre d'idées, une indemnité de déplacement pour les urgences à l'Hôpital, analogue à celle attribuée dans les Hôpitaux de Paris.

Mais le Comité ne se limitera pas, bien entendu, à ce cadre et il accueillera volontiers, pour en tirer un programme d'action méthodique et ordonné, les suggestions des confrères qui souhaiteraient voir relever le tarif des indeminités qu'ils perçoivent.

Les lettres, adressées au Président ou au Secrétaire de notre Syndicat pourraient mentionner utilement :

— l'Administration servant l'indeminité;
— le montant de celle-ci;
— la date depuis laquelle elle n'a pas été relevée;
— l'importance des services rendus;
— l'ordre de grandeur du relèvement que le Syndicat pourrait proposer et, si possible, des références ou points de comparaison avec des fonctions identiques ou approchantes en Tunisie même ou ailleurs, et qui seraient mieux honorées.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Le mémorandum remis à Son Excellence le Ministre de la Santé Publique ainsi qu'à Monsieur le Secrétaire Général du Gouvernement Tunisien, attirait l'attention de la haute Administration sur les « conditions ahurissantes du tout compris » dont bénéficient les accidentés du travail qui sont admis dans les hôpitaux.

A l'heure actuelle, en effet, les compagnies d'Assurances — qui ne sont certainement pas indigentes — ne payent même pas le prix de revient de la journée d'hospitalisation.

D'une façon plus générale, les tarifs d'honoraires actuellement en vigueur sont anormalement bas, et notre Syndicat s'emploiera à en obtenir le relèvement.

Il espère recueillir auprès de Son Excellence le Ministre du Travail des informations sur les projets que formerait l'Administration en matière de médecine du travail.

MALADES PAYANTS DANS LES HOPITAUX

Comme les accidentés du travail, les malades admis au tarif normal dans les hôpitaux acquittent un prix de journée inférieur au prix de revient. Cette constatation a été signalée à l'Administration.

Le principe du versement d'honoraires par les hospitalisés à titre onéreux, dans des conditions analogues à celles adoptées en France pour les assurés sociaux paraît bien avoir été admis par l'Administration au moins en ce qui concerne les assujettis au Régime de Prévoyance des Fonctionnaires Tunisiens.

RECRUTEMENT DU CORPS MEDICAL HOSPITALIER

Cette question a été évoquée à nouveau devant Son Excellence le Ministre de la Santé Publique qui nous a dit son intention de créer le Bureau Central.

QUESTIONS DIVERSES

D'autres questions sont à l'étude : médecine de contrôle, régime d'assurances pour les médecins d'administrations ou de collectivités publiques, allocations familiales, etc... Ce programme n'est pas limitatif et les questions évoquées par nos confrères seront inscrites aux prochains ordres du jours du Comité.

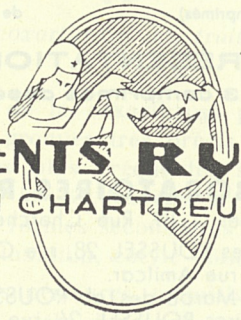
DORMIR ET TRAVAILLER AU MILIEU DES BRUITS

Boules QUIES

EVITER LES OTITES EN NAGEANT

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

ÉCHANTILLON A TOUTE DEMANDE QUI SE RECOMMANDERA DE CE JOURNAL



PANSEMENTS RUBY S.A

VOIRON EN CHARTREUSE (ISÈRE)

TUNISIE : AGENCE PHARMACEUTIQUE FRANÇAISE

8, Passage du 7 Mai - Tunis

ROUSSEL

UNE DOSE UNIQUE

DE

FLAVOQUINE

(Camoquin - Amodiaquin P. D. & C°)

Dichlorhydrate de 4 (3'-diéthylamino-méthyl-4'-hydroxyanilino)-7-chloroquinoléine

permet

— le traitement

et

— la prophylaxie

du

PALUDISME

sans effets secondaires

Traitement de l'accès aigu
calculé sur la base de 0 gr. 01 par kilo de poids

A PRENDRE EN UNE SEULE FOIS
(Adultes : 3 comprimés)

Prophylaxie
basée sur l'administration

TOUS LES QUINZE JOURS
de la dose thérapeutique

PRÉSENTATION
Pochette de 3 comprimés dosés à 0 gr. 20

LES LABORATOIRES ROUSSEL
140bis, Rue de Rennes - 89, Rue Cherche-Midi, **PARIS** (VIe)

ALGER : Laboratoires ROUSSEL, 28, rue Clauzel.
TUNIS : O.S.P., 10, rue Amilcar.
CASABLANCA : Sté Maroc. des Lab. ROUSSEL, 48, rue Nationale.
SAIGON : Laboratoires ROUSSEL 26, rue Lagrandière.
AUTRES PAYS DE L'UNION FRANÇAISE : Adresser les demandes aux Laboratoires ROUSSEL, 89, rue du Cherche-Midi, PARIS (VIe)

Société de Médecine de Paris

SEANCE DU VENDREDI, 26 MARS 1954

Sous la Présidence
du Docteur F. Layani, Médecin de l'Hôtel Dieu.

A propos de l'hormonothérapie dans le R.A.A., par Mme Vera May.

L'auteur insiste sur l'intérêt de l'utilisation de l'A.C.T.H. et surtout de la cortisone dans le R.A.A.

Les modalités d'utilisation, ainsi que les précautions indispensables, sont exposées successivement et, ensuite, sont envisagées.

Les résultats obtenus particulièrement intéressant chez l'enfant jeune où l'hormonothérapie instituée tôt, permet de prévenir l'atteinte cardiaque.

*
* *

Manifestations extra-articulaires de la Polyrthrite chronique évolutive, par M. A. Hurbault.

L'auteur rappelle l'existence des lésions des parties molles, dans la P.C.E. nodules rhumatismaux dans le tissu cellulaire sous-cutané, amyotrophie et lésions histologiques des muscles, des nerfs, des vaisseaux, de la peau, ainsi que les modifications humorales.

Cet ensemble montre que la P.C.E. n'est pas seulement une infection articulaire, mais une maladie plus diffuse. Il esquisse un rapprochement avec les autres maladies dites du collagène.

*
* *

Formes cliniques de la coxarthrose et traitements médicaux utiles, par M. F. Laurent.

Les formes cliniques de la coxarthrose peuvent schématiquement être ramenées à quelques groupes très précis selon le siège initial du pincement articulaire. Les plus fréquentes sont les formes polaires supérieures qui présentent 50 % des cas. Il s'agit très souvent (environ une fois sur deux) de formes secondaires à une malformation congénitale de la hanche, subluxation, cotyle oblique, coxa valga...

Les formes polaires supérieures primitives peuvent réaliser des aspects analogues, mais il existe dans ces cas un vrai double-fond du cotyle associé à la subluxation progressive de la tête. Les formes polaires inférieures sont rares; elles sont essentiellement sous la dépendance des troubles statiques, coxa vara, bascule du bassin, en parti-

culier. Les formes axiales souvent difficiles à différencier des coxites chroniques aboutissent souvent à la protrusion acétabulaire. La coxarthrose est fréquemment accompagnée de géodes siégeant dans la tête et le sourcil cotyloïdien, de part et d'autre du pincement de l'interligne. Elles sont parfois volumineuses et peuvent exister indépendamment de tout pincement.

La coxarthrose pagétique mérite enfin d'être individualisée. Lorsqu'elle existe réellement, ce qui est rare, il s'agit le plus souvent d'une forme polaire inférieure ou d'une protrusion acétabulaire.

Le traitement médical de la coxarthrose comporte de nombreux moyens parmi lesquels le malade réclame ceux qui sont le plus rapidement efficaces. Le repos est fondamental. L'entretien d'une bonne musculature par cinésiothérapie, en particulier en milieu thermal, ne doit jamais être oublié. L'aspirine à doses suffisantes est trop souvent négligée. Plus antalgiques, sont souvent l'irgapyrine et la butazolidine, cette dernière ne devant être utilisée que sous surveillance très serrée. La radiothérapie anti-inflammatoire ne peut être prescrite, chez la femme qu'après la ménopause; elle entraîne souvent de longues rémissions, mais son action s'épuise en général au fur et mesure de la répétition des séries. Les injections péri-articulaires d'anesthésiques et de vaso-dilatateurs peuvent rendre grand service. La meilleure technique paraît être la large infiltration postérieure de procaïne à faible concentration noyant les terminaisons capsulaires du nerf du carré crural.

L'hydrocortisone intra-articulaire entraîne de notables améliorations immédiates et parfois à assez longues échéances à condition d'être injectée avec une technique précise. Le repérage radioscopique du col fémoral à la racine de la cuisse permet d'obtenir des succès beaucoup plus constants.

Tous ces traitements donnent des résultats très variables selon les formes cliniques. Les formes polaires supérieures secondaires aux malformations et les formes géodiques sont les plus résistantes aux traitements médicaux et physiothérapiques.

*
* *

A propos de la périarthrite de l'épaule, par M. J.C. Rénier.

L'auteur rappelle la Symptomatologie des trois grands types de périarthrite scapulo-humérale : la forme douloureuse simple, la forme aiguë avec blocage complet, la forme chronique ankylosante qui est, soit primitive, soit secondaire à la forme précédente.

D'un point de vue pathogénique, la forme douloureuse simple s'oppose aux deux autres. Elle représente essentiellement, en effet, une pathologie d'effort et d'usure, en ce sens que les lésions consistent en ruptures parcellaires des tendons et en petits foyers de nécrose, dont l'apparition spontanée se fait à un âge relativement jeune.

Nouvelle thérapeutique des diarrhées

THIACYL AU CAROUBE

FLACON DE 50 GR. DE GRANULÉ DOSÉ A :

Succinylsulfathiazol.... 5 gr.
Farine de Caroube.... 15 gr.

★

ASSOCIE LES PROPRIÉTÉS ANTIBACTÉRIENNES DU THIACYL AU POUVOIR DÉSINTOXIQUANT ET ANTIDIARRHÉIQUE DE LA CAROUBE

★

Diarrhées aiguës - Dysenteries bacillaires Diarrhées des infections - Diarrhées estivales, cellulosiques, nerveuses - Diarrhées des nourrissons et des enfants - Intoxication alimentaire - Épisodes diarrhéiques des colites chroniques - Traitement symptomatique des diarrhées tropicales.

THERAPLIX

98, RUE DE SÈVRES, PARIS-VIIe

AGENCES THERAPLIX POUR L'AFRIQUE DU NORD

ALGER : 100, rue Michelet
CASABLANCA : 246, Boulevard de la Gare
TUNIS : 56, Avenue Jean-Jaurès
TUNISIE : Ets H. BONAN — 34, Rue de Marseille — TUNIS

Les deux autres formes : forme aiguë et forme chronique ankylosante d'emblée, semblent relever des mécanismes pathogéniques communs; et parmi les facteurs qui entrent en jeu, les facteurs nerveux ou neuro-végétatifs paraissent prédominants. Ceci s'explique par l'importance des connexions neuro-végétatives de l'épaule et leur étendue à des régions relativement éloignées, comme le diaphragme, les coronaires, le système nerveux central. Tout se passe comme si une incitation nerveuse se produisait au niveau de l'un des organes en liaison nerveuse avec l'épaule, et diffusée jusqu'à l'épaule, celle-ci se comportant comme un organe « réactionnel » et dont la particulière réceptivité pouvait être due aux lésions traumatiques ou dégénératives des tendons, dont on sait la banalité et la fréquence.

Dans le traitement de ces formes, il faut savoir tenir compte de ces facteurs neuro-végétatifs. Leur existence explique en quelque sorte certains échecs des traitements effectués par les seules substances d'action anti-inflammatoire et les succès fréquents des infiltrations stellaires, même lorsqu'elles étaient le seul mode de traitement mis en œuvre.

*
* *

Les algo dystrophies réflexes, par M. M.J. BERNARD.

Les algo dystrophies réflexes sympatiques s'observent aussi bien au membre supérieur qu'au membre inférieur, elles relèvent d'étiologies multiples : traumatisme, infection, infarctus myocardique; pour le membre supérieur : hémiplégie.

Elles associent à des phénomènes douloureux des troubles vaso-moteurs importants et une ostéoporose. Ces troubles évoluent en deux phases au cours desquels les troubles vaso-moteurs sont de types inverses.

A la première phase, la vaso-dilatation prédomine, comme en témoignent l'élévation de la température cutanée et l'augmentation d'amplitude de l'indice oscillométrique.

A la deuxième phase la température locale s'abaisse, l'indice oscillométrique devient plus faible. que du côté opposé.

La guérison est de mauvaise qualité en l'absence de traitement et les séquelles sont fréquentes : raideur douloureuse des articulations et rétraction tendino-aponévrotique aboutissant à une incapacité fonctionnelle du membre atteint.

Le traitement de choix est l'infiltration anesthésique de la chaîne sympathique. C'est seulement quand elle échoue que l'on est amené à utiliser les ganglioplégiques, les déconnectants du système végétatif, quant à la cortisone, elle est efficace, mais son emploi oblige à une certaine prudence.

*
* *

Les traitements des rhumatismes par l'émanatorium, par M. DELACROIX.

L'auteur après avoir rappelé les résultats des mesures de radioactivité faites à Bourbonne et l'origine géologique des eaux thermales, expose l'action physiologique de l'émanation absorbée pendant le séjour à l'émanatorium.

*
* *

Ostéoporoses endocriniennes, par M. Y. CHAOUAT.

L'auteur montre qu'on peut, chez l'adulte, considérer l'os comme le carrefour de deux métabolismes : le métabolisme phosphocalcique et le métabolisme protidique. Les dysfonctionnements des glandes endocrines commandant ces métabolismes créent des ostéoses raréfiantes.

Le dysmétabolisme phosphocalcique par hyper-parathyroïdie crée la maladie fibrokystique de RECKLINGHAUSEN.

Les dysfonctionnements surrénaliens thyroïdiens, créent un catabolisme protidique réalisant la maladie de CUSHING, les ostéoses raréfiantes post cortisone, l'ostéose thyroïdienne.

Quant à l'ostéose ovarioprive, l'auteur à la lumière de travaux expérimentaux personnels, pense qu'elle constitue davantage une ostéose d'hyper-activité coricosurrénale, qu'une ostéose d'ovarioprivation. l'os vit en état d'équilibre entre l'ovaire anabolisant, la surrénale catabolisante, la suppression expérimentale d'un des relais, libère l'autre.

*
* *

Présentation d'ouvrage, par M. ROUSSEAU :

Equilibre biologique du Docteur Maurice VERNET.

aéine
ANXIÉTÉ - ÉMOTIVITÉ
INSOMNIE - NERVOSITÉ
EXCITABILITÉ
SUPPOSITOIRES 1 à 2
COMPRIMÉS 6 à 12 par jour

aéine vitaminée B1
DYSTONIES NEURO-VÉGÉTATIVES
NÉVRALGIES - ANXIÉTÉ
COMPRIMÉS
6 à 12 par jour

LABORAL • LABORATOIRES DE L'AEINE, 6 Pl. Clichy, PARIS-9e • PIG. 63-03

Contre les

infections intestinales

Enfants : 20 à 50 gouttes
Adultes : 50 à 200 »
par jour dans un liquide quelconque avant les repas

ANIODOL INTERNE

Remboursable A. S.

Laboratoires de l'Aniodol
3 à 9, Rue des Alouettes
NANTERRE

Société Médicale des Hôpitaux d'Alger

——o——

SEANCE DU 30 AVRIL 1954

——o——

Conceptions actuelles de l'électrophysiologie cardiaque; leurs incidences en pratique clinique, par M. le Professeur agrégé André Jouve (Marseille). Conférence d'actualité.

SEANCE DU 3 MAI 1954

——o——

La chlorophylle est-elle vraiment douée de propriétés « désodorisante ? », par M. H. Roques.

Les pharmacologistes et les thérapeutes savent bien que la *magnésie* a la propriété d'absorber les gaz (qui dit gaz dit odeur), de certaines fermentations intestinales en particulier. Le *sulfate de magnésie* présente lui aussi la remarquable propriété de rendre complètement inodore une eau infecte. Dans le phénomène de la photosynthese, le gaz carbonique de l'air est en premier lieu absorbé par le magnésium de la chlorophylle. A lumière de tels faits positifs d'expériences, il est certain que la présence du *magnésium* justifie et explique la propriété désodorisante des chlorophylles et des chlorophyllines. Un tel pouvoir paraît singulièrement exalté par la grande surface de la molécule organo-magnésienne. La réaction chimique entrant en jeu varie avec la nature fonctionnelle de l'odeur et se montre subordonnée à certains facteurs d'inhibition et de réversibilité susceptibles d'expliquer les résultats d'expériences négatives. Les odeurs acides (type acide butyrique) paraissent fournir les résultats les plus intéressants.

*
* *

Considérations sur l'évolution d'une polyarthrite chronique evolutive traitée par la cortisone, par MM. C. Boulard, P. Babeau et G. Cabanel.

*
* *

A propos d'un kyste hydatique pulmonaire rompu de diagnostic difficile, par MM. J. Loubeyre, J. Houel et P. Grangaud.

*
* *

Forme cérébrale d'un infarctus du myocarde, par MM. A. Huguenin et G. Akoun.

*
* *

La tomographie pulmonaire par agrandissement direct, par MM. J. Jalet et Duplan.

*
* *

Syndrome polyarticulaire avec hydarthrose bilatérale, splénomégalie, fièvre. Effets du salicylate de soude, septicémie à streptocoque viridans. Traitement pénicilliné, par MM. A. C. Lacroix, H. Jouanneau et P. Morand.

Les auteurs rapportent l'observation d'un malade atteint de réaction polyarticulaire d'hydarthrose bilatérale, hyperthermie et splénomégalie. Le traitement salicylé est mis en œuvre, bien que le diagnostic de R.A.A. soit réservé en raison de la splénomégalie. Sous l'influence du traitement, la température revient vers la normale. Mais la splénomégalie augmente. L'état général reste mauvais, les phénomènes articulaires ne sont pas influencés. Hémoculture positive à 3 reprises à streptocoque viridans.

Traitement pénicilliné, regression de la splénomégalie, disparition de rhumatismes. Reprise de l'état général. C'est la troisième poussée en 3 ans; la première considérée comme d'origine intestinale, la seconde traitée par la Cortisone.

*
* *

Meningite à pneumocoques à rechute chez une femme de 70 ans - Hibernation - Guérison, par MM. Cl. Boulard, J. Massonat et R. Cabannes.

Une femme de 69 ans présente une méningite à pneumocoques d'allure suraiguë à forme comateuse. Malgré la gravité de l'état, la guérison est obtenue en quelques jours par la Pénicilline à doses massives (12.000.000 unités par jour), au prix cependant d'une convalescence lente et troublée.

Un an plus tard, rechute évoluant selon le même mode suraigu et comateux avec contractures. Au bout de 60 heures d'évolution, alors que l'état paraît désespéré (Pneumocoque résistant à la pénicilline), une hibernation est mise en route selon la technique de Laborit et Huguenard, associée à la Gantrisine intra-veineuse à doses massives (12 grs). L'état s'améliore en quelques heures de façon extraordinaire. En 48 heures, le L.C.R. est clair et stérile. L'hibernation est suspendue au bout de 72 heures. Au 5e jour la guérison est définitivement obtenue. La convalescence est brève et facile.

SEANCE DU 15 MAI 1954

—o—

Pleurésie séro-fibrineuse, anémie érythroblastique aiguë et hémoglobine C., par MM. A. PORTIER, R. CABANNES, J. MASSONNAT et J. DUVAL.

Les auteurs présentent un nègre saharien, âgé de 36 ans, hospitalisé en janvier 1954 pour une pleurésie sérofibrineuse probablement tuberculeuse.

Cette pleurésie s'accompagnait curieusement d'une anémie à 1.760.000, avec érythroblastose (15 % de normablastes dans le sang et 83 % dans la moelle sternale).

Tous ces troubles ont évolué parallèlement vers la guérison; en deux mois. Seul persiste actuellement un grand nombre d'hématies en cible dans le sang périphérique et une érythroblastose médullaire à 55 %. L'hémoglobine de ce malade, étudiée par électrophorèse sur papier, s'est montrée anormale : tous les tracés effectués révèlent la présence permanente de 50 % environ d'hémoglobine de type C. Il s'agit vraisemblablement d'un cas d'hétérozygestisme de cette tare génétique récemment individualisée aux Etats-Unis. En pareil cas, la dystrophie globulaire est habituellement latente. On peut cependant penser, à propos de cette première observation africaine, qu'une crise de déglobulisation peut apparaître sous l'influence d'agressions pathologiques intercurrentes.

*
* *

Remarques sur l'hémoglobine C (A propos d'un cas d'homozygotisme), par MM. A. PORTIER, R. CABANNES, J. MASSONNAT et J. DUVAL.

Les auteurs rapportent un cas d'homozygotisme de la tare hémoglobinique C, observé chez un négroïde musulman du littoral algérien et caractérisé par une splénomégalie volumineuse, une anémie hypochrome discrète, avec nombreuses hématies en cibles et augmentation de la résistance globulaire. L'enquête familiale a porté sur 28 sujets tous porteurs d'hémoglobine C, comprenant 5 cas d'homogygotisme issus de mariages consanguins et 23 cas d'hétérozygotisme (tare globulaire latente). Ces différentes observations — les premières faites en Afrique — confirment les descriptions récentes des auteurs américains et soulignent à nouveau l'importance des diathèses hémolytiques hérédo-familiales chez les indigènes musulmans nord-africains.

*
* *

Application de l'électrophorèse sur papier à l'étude des hémoglobines humaines, par MM. R. CABANNES et A. PORTIER.

Les auteurs décrivent une technique de microélectrophorèse de l'hémoglobine sur papier. Ce procédé simple et commode leur a permis

d'individualiser les différentes variétés d'hémoglobine humaine connues à ce jour. L'hémoglobine adulte normale est celle qui a la migration la plus rapide. L'hémoglobine fœtale ou alcalino-résistante se distingue moins facilement, car son spot reste accollé à celui de l'hémoglobine normale; il faut alors considérer la largeur de la tache et pratiquer un test de Singer, qui permet l'appréciation quantitative de l'hémoglobine alcalino-résistante. l'hémoglobine de type S. des anémies falciformes, est absolument distincte des précédentes, par la lenteur de sa migration. Enfin l'hémoglobine de type C forme un spot encore plus rapproché de la ligne de départ. Toutes ces variétés d'hémoglobine ont pu être étudiées sur des sujets bien portants ou malades indigènes d'Algérie.

*
* *

Le traitement médical de l'hydatidose (2e note) : Le traitement biologique, par J. THIODET.

L'auteur rappelle les principes sur lesquels repose la thérapeutique biologique de l'Hydatidose. Plusieurs antigènes ont été proposés. C'est l'antigène de PÉREZ - FONTANA qui a été retenu (fraction protidique du liquide hydatique obtenu par congélation — décongélation). L'antigène est injecté par voie intradermique, à très petites doses et à intervalles de plus en plus espacés. Les doses et les intervalles sont réglés par les réactions locales, générales et focales. Le traitement doit être poursuivi longtemps : plusieurs mois, même plusieurs années. Il est réservé aux cas de K. H. inopérables (échinococcose multiple : K. H. des os, K. H. vertébral...). Il doit intervenir également dans tous les cas à titre de traitement pré et post-opératoire.

Quatre observations intéressantes sont rapportées par l'auteur.

*
* *

Hernie diaphragmatique au cours d'un pneumopéritoine, par MM. P. MORERE, A. PIETRI et C. MOATI.

EXO-THION "Cicatrisations"
G
INOSIMÉSOL-CHOLINE
C "Insuffisances Hépatiques"
INOSIMÉSOL-CHOLINE "EGIC" : Boîte de 6 et 18 ampoules buvables
EXO-THION : Poudre et Pommade
L'ÉQUILIBRE BIOLOGIQUE - COMMENTRY - ALLIER
G I C
Wallace et Draeger
TUNISIE : SPECIMEDHY, 37, Rue d'Isly — TUNIS

INFORMATIONS

—o—

La Semaine Médicale de Paris

—o—

La Semaine Médicale de Paris qui attire depuis trois ans un nombre croissant de praticiens de France et de l'Etranger, va réunir, du dimanche 3 octobre au dimanche 10 octobre 1954, d'importantes manifestations médicales qui vont se tenir simultanément, comme l'an dernier, pour la plupart à la Salpétrière.

Les unes s'inscrivent dans le domaine de l'Enseignement post-universitaire, tels les **Entretiens de Bichat,** placés sous la double égide de la Faculté de Médecine et de l'Assistance Publique de Paris, les **Colloques avec le Praticien,** les **Journées de Pneumolgie de l'Hôpital Cochin,** et la **Semaine d'Enseignement Médical des Hôpitaux de Paris,** patronnée par le Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris et l'Association d'Enseignement Médical des Hôpitaux de Paris.

Les autres, comme la **Journée Médico-Militaire,** organisée par la Direction Centrale du Service de Santé des Armées et l'Union Fédérative Nationale des Médecins de Réserve, et les **Assises Nationales de l'Assemblée Générale de la Médecine Française,** sous la présidence du doyen Léon Binet, la **Journée du Comité National de l'Enfance,** la **Réunion d'Information de la Confédération des Syndicats Médicaux,** le **Festival du Film Médico-Chirurgical,** rassemblent des praticiens intéressés par les grandes questions d'actualité. Il s'y ajoute des soirées d'**Enseignement des Infirmières,** organisées par la Croix-Rouge Française et l'Assistance Publique de Paris.

La date de cette Semaine Médicale de Paris (3-10 octobre 1954) coïncide avec divers Congrès, Expositions et le Salon de l'Automobile, qui attirent à Paris de nombreux médecins. A l'occasion de leur présence prennent place deux grands événements artistiques :

D'une part, une Exposition consacrée à « Napoléon et la Médecine » rassemblera des documents et des pièces de collection d'un intérêt exceptionnel.

D'autre part, un **Concert** réservé au Corps Médical sera donné sous la Coupole historique de la Chapelle de la Salpétrière.

Les Comités de ces différentes manifestations, réunis sous la Présidence de M. E. Lesné, de l'Académie de Médecine, ont établi en commun le calendrier de la **Semaine Médicale de Paris,** de telle sorte que tout chevauchement soit évité et que l'emploi du temps du praticien, en séjour au début d'octobre à Paris, s'en trouve facilité.

Le Comité d'Organisation.
de la Semaine Médicale de Paris.

ODETTE ZEAU

ANTIHISTAMINIQUE
ANESTHÉSIQUE LOCAL
ANTIPRURIGINEUX

PHÉNERGAN CRÈME
à 2 % (tubes de 30 g)

PHÉNERGAN LOTION
à 2 % (flacons de 60 ml)

PRURITS - HERPÈS
ÉRYTHÈMES ACTINIQUES
ÉRYTHÈME PERNIO
BRÛLURES
PIQÛRES D'INSECTES
IRRITATION CUTANÉE
PAR RAYONS X
ACCIDENTS
D'INTOLÉRANCE CUTANÉE

TROIS OU QUATRE APPLICATIONS PAR JOUR

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES
Specia RHÔNE POULENC
PARIS
INFORMATION MÉDICALE
28, COURS ALBERT 1er - TÉL. BAL. 10-70
Boîte postale 490-08 - Paris 8e

PRÉSENTATION DE FILMS

—o—

Les 4, 5 et 6 mai 1954, La Société Parisienne d'Expansion Chimique — Spécia-Rhône-Poulenc, présentait en soirée, au Corps Médical parisien, dans le cadre du Centre Marcelin Berthelot, deux films médico-chirurgicaux :

L'ETAT NEUROTOXIQUE DU NOURRISSON OU TOXICOSE
par le Dr R.A. Marquezy et le Dr Pierre Debray

APERÇUS PHYSIOLOGIQUES ET CLINIQUES SUR L'ANESTHESIE POTENTIALISEE - L'HIBERNATION ARTIFICIELLE - LA NEUROPLEGIE

documentaire réalisé sous la direction du Dr Henri Laborit
Chirurgien des Hôpitaux de la Marine

Le film du Dr R.A. Marquezy et du Dr Pierre Debray est une étude extrêmement claire et précise de l'état neurotoxique du nourrisson, du point de vue étiologique, clinique et thérapeutique.

Il met en évidence, dans le traitement de cette redoutable affection, l'action capitale de la réhydratation, de la thérapeutique antibiotique et, enfin, d'un nouveau médicament neuroplégique : le 4560 R.P. ou Largactil. L'heureuse conjugaison de ces diverses possibilités thérapeutiques se concrétise par la baisse régulière de la mortalité infantile au cours de ces dernières années, résultat démontré par des graphiques particulièrement convaincants.

Le film du Dr Henri Laborit expose, dans un vaste panorama, les bases expérimentales et les indications majeures :

— d'une méthode orginale : l'anesthésie potentialisée;
— d'une attitude thérapeutique : l'hibernation artificielle;
— d'une notion nouvelle : la neuroplégie;

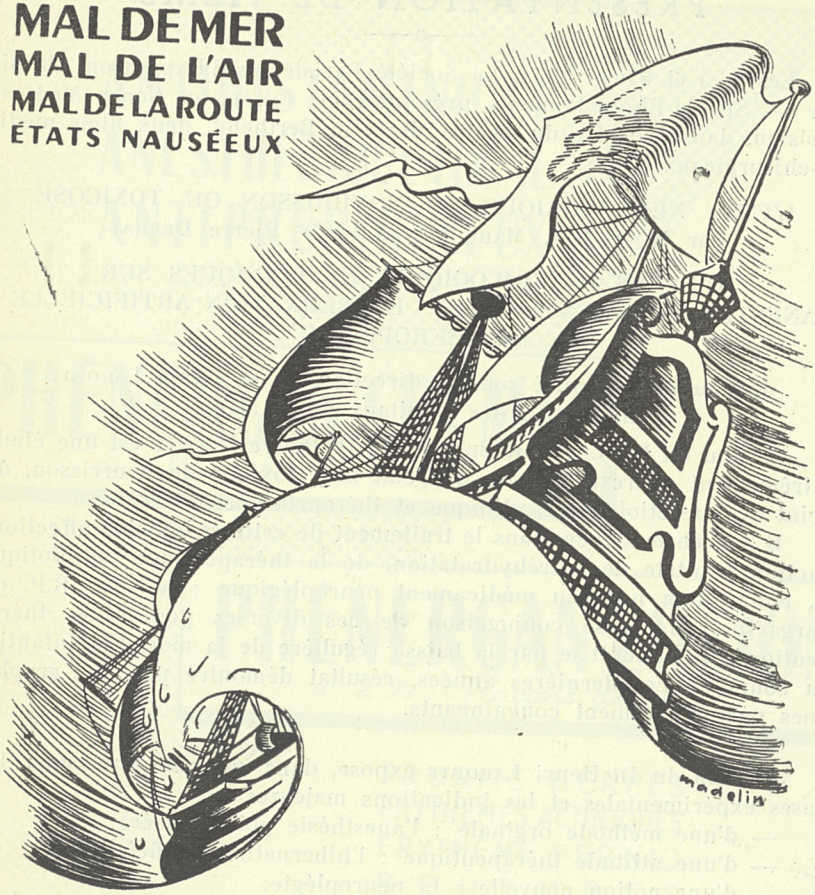
qui reposent également sur l'emploi du 4560 R.P. ou Largactil.

Le champ des applications cliniques de ce médicament orginal est extrêmement étendu. Il intéresse l'anesthésiologie, la chirurgie, l'obstétrique, la gynécologie, la pédiatrie, la dermatologie, la neurologie, la psychiatrie et la médecine générale.

Les hypothèses du Dr Henri Laborit et les résultats obtenus se sont révélés riches de promesses. La neuroplégie ouvre une voie nouvelle dans la lutte contre la souffrance et les faits déjà acquis doivent inciter les chercheurs à poursuivre leurs travaux dans ce domaine qui n'a pas encore livré tous ses secrets.

Cette intéressante soirée cinématographique, consacrée à des découvertes et travaux d'origine française, débutait par un film mettant en valeur une autre réalisation grandiose dont la France peut également être fière : « Le Barrage de Donzère-Mondragon », film sélectionné au Festival de Cannes 1954.

MAL DE MER
MAL DE L'AIR
MAL DE LA ROUTE
ÉTATS NAUSÉEUX



NAUTAMINE

1 COMPRIMÉ AVANT LE DÉPART · 2 A 4 COMPRIMÉS PAR JOUR

DELAGRANGE

LABORATOIRES DELAGRANGE · 39, BOULEVARD DE LATOUR-MAUBOURG · PARIS-7e

LIVRES REÇUS

Collection : « Comment traiter ».

« **Comment traiter les hyperthyroïdies** », par H. BRICAIRE, en collaboration avec J. LEPRAT. 1 vol., 132 p. Editions Flammarion. Prix : 550 fr.

L'arsenal thérapeutique mis à la disposition du praticien pour combattre l'hyperthyroïdie est largement fourni d'armes efficaces. Le problème du traitement n'est pas pour autant d'une résolution toujours aisée. Le choix des indications constitue en fait la difficulté majeure. C'est à ce but que s'attache ce petit livre très clair et très documenté.

La première partie traite des généralités : définition et classification des hyperthyroïdies, conceptions physio-pathologiques, aspects cliniques.

La deuxième partie est consacrée à l'étude analytique des agents thérapeutiques.

La troisième partie est la synthèse sous forme de schémas.

M. C.

*
* *

« **Comment traiter la Constipation** », par Roger CATTAN. 1 vol., 107 p. Editions Flammarion.

Notre maître R. CATTAN vient de faire paraître ce petit livre dans lequel nous retrouvons ce qui fait la valeur de son enseignement : un esprit clair au service d'une grande érudition.

Il étudie successivement : constipations fonctionnelles et constipations organiques et indique chemin faisant les traitements à leur opposer.

Un bibliographie importante termine ce précis.

M. C.

ERRATA

— **Mouvement Médical** : Dr F. Masselot — N° 4, Avril 1954, page 330, 23e ligne — lire : potentia cœondi au lieu de potentia cœcandi.

— **De la lecture des journaux médicaux** : Dr F. Masselot — N° 4, Avril 1954, page 411, 26e ligne — lire : Pline au lieu de Plaute.



Imp. N. Bascone & S. Muscat — 41, Avenue de Londres — TUNIS
Le Gérant : L. Lemoine — 8, Place du 7 Mai 1943 — TUNIS

le ferment vivant

VIVACIDOL

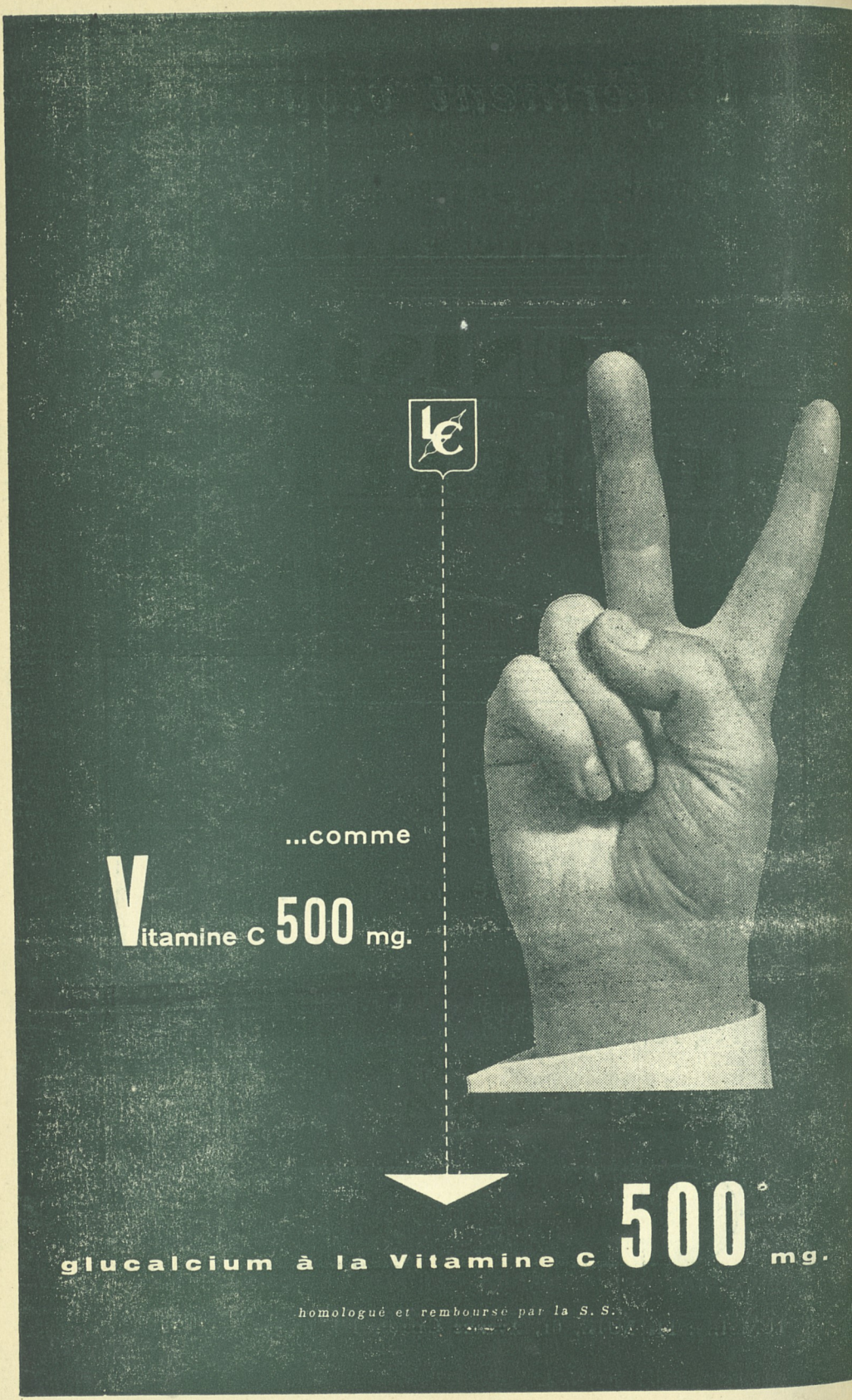
RÉGÉNÈRE la flore de défense
et
NORMALISE le milieu intestinal

INFECTIONS
INTESTINALES
et séquelles

3 à 4 ampoules
buvables par jour
loin des repas

Laboratoires F. BOUCHARD
6, rue Anna-Jacquin - BOULOGNE (Seine)

TUNISIE : Ets NOTE, 61, Avenue Garros, Tél. 97.090 — TUNIS


...comme
Vitamine C 500 mg.
glucalcium à la Vitamine C 500 mg.
homologué et remboursé par la S. S.

N° 7 Juillet-Août 1954

JOURNÉE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

- KORBOUS 2 MAI 1954 -

LA TUNISIE MEDICALE

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

et

BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI RÉUNIS

Siège Social : 25, Avenue de Paris — TUNIS

GADÉOL 20

AMPOULE
BUVABLE
SUPPOSITOIRES

VITAMINOTHERAPIE D ET A
SANS RISQUE D'HYPERVITAMINOSE

Biosedra

LABORATOIRE BIOSEDRA - 60, RUE DE ROME - PARIS-8e

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

BIPHÉDRINE

PÉNICILLINE

HUILEUSE AQUEUSE

EPANAL

COMPRIMÉS

SUPPOSITOIRES 1 · 2 · 3 · 5 · 10

NÉO-CODION

SUPPOSITOIRES

GOUTTES DRAGÉES

GASTRO-SODINE

PLURIBIASE

LABORATOIRES DU DOCTEUR E. BOUCHARA, 47, RUE DE BRETAGNE, PARIS IIIe

XXXIIe ANNÉE - No 7
Juillet-Août 1954

LA TUNISIE MÉDICALE

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

et

BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI RÉUNIS

Comité de publication

— Le Rédacteur en Chef ..... Dr M. Uzan
— Le Rédacteur en Chef Adjoint ..... Dr J. Cuénant
— Le Président de la Société des Sciences Médicales ..... Dr Dupoux
— Messieurs les ..... Dr H. Bonan, Dr M. Hadjoudj

Comité de lecture

— Le Secrétaire de la Société des Sciences Médicales ..... Dr A. Sebag
— Le Secrétaire du Conseil de l'Ordre . N.....
— Le Secrétaire du Syndicat Médical Français et Tunisien ..... Dr H. Coursières
— Le Secrétaire du Syndicat des Médecins Tunisiens..... Dr M. Azaïz

Administration : L. Lemoine, 8, passage du 7 Mai — Tunis
Téléphone : 72-55

Publicité pour la France : **Stéphane BATARD**
4, Place de l'Hôtel de Ville - Le Raincy (S.-et-O.)
et 8, Rue Montyon - Paris IXe - Téléph. Provence 68.60

Reproduction interdite
Tous droits réservés pour tous pays

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

Antiallergique

Bien toléré

THÉPHORINE "ROCHE"

Rhinites

Coryza

Urticaire

Dragées

Sirop

Onguent



PRODUITS "ROCHE" S. A.

10, RUE CRILLON - PARIS-4e

SOMMAIRE (1re Partie)

PAGES

Journée Tunisienne de Gastro-Entérologie, Korbous 2 mai 1954 755

Le Traitement du Diabète sucré, par M. Jean Baumel 757

Œdèmes généralisés d'origine hépatique, par MM. S. Benmussa, H. Cohen, A. Nahum et Mme Haddad 767

Les indications gastro-entérologiques de Korbous, par Maurice Cohen 775

Quatre cas de syndrome carentiel post-gastrectomie, par Raoul Dana et Gilbert Borsoni 779

Résection étendue du grêle pour volvulus. Guérison complète, sans troubles digestifs ni nutritionnels, par J. Demirleau, A. Hagège, S. Mestiri et G. Pernot 787

Notes sur un cas de colite ulcéro hémorragique vérifié par l'opération. Ses aspects radiologiques, par MM. R. Ganem, M. Delort, M. Sassi et R. Tedeschi 793

Deux cas d'ulcère peptique après gastrectomie traités par opération de Dragstedt, par H. Koskas, A. Hagège, S. Pietri . . 797

Le glutamate et l'art culinaire (avec démonstrations), par le Docteur Eric Lœvy à Tunis 803

BILAMIDE-CILAG

Oxyméthylamide de l'acide pyridine-3-carbonique

une même molécule × 2 agents thérapeutiques — *l'amide nicotinique* — *un aldéhyde bactéricide*

CHIMIOTHÉRAPIE ANTI-INFECTIEUSE A TROPISME BILIAIRE

★ BACTÉRICIDE
★ PROTECTEUR HÉPATIQUE ET CHOLÉRÉTIQUE
★ ANTISPASMODIQUE

Remboursable par la Sécurité Sociale

LOBICA

LABORATOIRES LOBICA - 25, RUE JASMIN - PARIS 16e

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

BIPENICILLINE Sarbach

SUSPENSION INSTANTANÉE STABLE
AUCUNE ADHÉRENCE AU VERRE
AUCUNE PERTE A L'EMPLOI
AUCUN RISQUE D'OBSTRUCTION DES AIGUILLES

3 DOSAGES

ASSURANT L'IMPRÉGNATION
ANTIBIOTIQUE RETARD MAXIMUM

SUIVANT POIDS DU MALADE	UNE INJECTION PAR 24 H.
Jusqu'à 50 Kgs	BIPENICILLINE SARBACH 400.000
	BIPENICILLINE SARBACH 500.000 SI UN CLOCHER PÉNICILLINIQUE IMMÉDIAT PLUS ÉLEVÉ EST NÉCESSAIRE
au dessus de 50 Kgs	BIPENICILLINE SARBACH 800.000

Sarbach

CHATILLON SUR CHALARONNE
AIN TÉL. 24

R.A.Y.BAC

Pub. S. B.

Coopérative Pharmaceutique Martiniquaise : Boîte postale N° 362 — FORT DE FRANCE (Martinique).
PHARMOFFICE : 1, Boulevard Bugeaud — ALGER.
Diffusion Pharmaceutique Marocaine : 62, Rue St-Saëns — CASABLANCA.
SARRABIA : 35, Boulevard Vauban — MONTFLEURY - TUNIS (Tunisie).
BONNIOT : 37, Rue Miche — SAIGON (Indochine).
GUIGON : Boîte Postale 513 — DAKAR (Sénégal).
SO.A.C.I.A : Boîte Postale 815 — ABIDJEAN (Côte d'Ivoire).
LABOREX : Boîte Postale 872 — DAKAR (Sénégal).

SOMMAIRE (2me partie)

PAGES

Quelques constatations concernant en particulier les effets à court terme de deux cures de sommeil chez sujets présentant des troubles importants de la fonction digestive et probablement des altérations organiques, par MM. LAMARCHE, DELORT, RICOUX, ROUSSEL, TEDESCHI, BORSONI 805

Accidents de dénutrition gravissime après résection du cardia pour méga-œsophage, par les Drs Léon MOATTI, Jean DEMIRLEAU et Yvan BOULAKIA 814

Deux observations de coïncidence entre troubles biliaires et endocriniens chez la femme, par MM. Mohamed SASSI, Maurice DELORT, Renzo TEDESCHI 819

Notes sur le tubage minuté, par le Dr Philippe TRAPLOIR 823

Syndromes abdominaux aigus au cours des maladies nutritionnelles, par Maurice UZAN 837

Etude de la digestion et de l'absorption des graisses par le dosage des acides gras dans les selles, par André ZÉRAH 843

Présentation de films 856



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



TUNISIE : Ets ZANA et COHEN-JONATHAN
14 bis, Rue Arago — TUNIS

Journée Tunisienne de Gastro-Entérologie

—o—

KORBOUS, 2 MAI 1954

Grâce au généreux appui de la Compagnie des eaux thermales et du domaine de Korbous, la Première Journée Tunisienne a pu avoir lieu dans notre coquette Station Thermale.

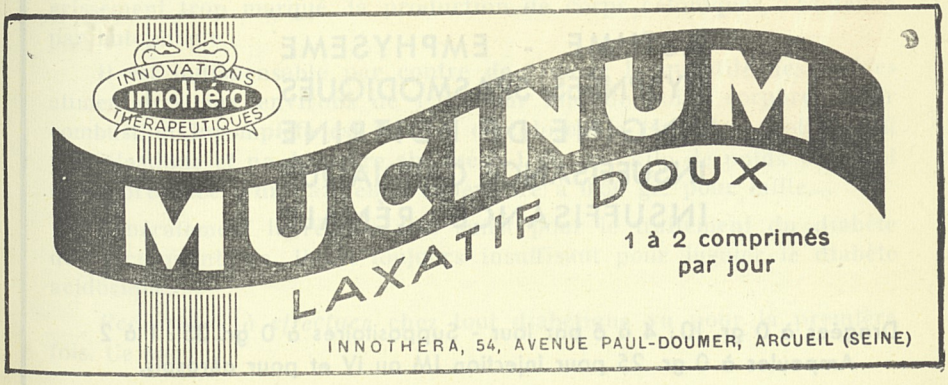
Le succès qu'elle a obtenu a dépassé les prévisions des organisateurs. Ce numéro que nous vous présentons contient les communications scientifiques qui y ont été présentées.

La séance de travail fut ouverte à 10 heures par M. M. Uzan qui, passa la présidence à M. Diamant-Berger, venu de Paris pour participer à cette journée. Le Professeur Baumel s'était fait excuser, mais avait tenu à adresser un rapport qui fut lu. La séance, vu le nombre des communications inscrites se poursuivit dans l'après-midi, au cours de laquelle furent présentés des films dont nous donnons par ailleurs le compte-rendu.

Cette journée servie par un temps splendide, fut agrémentée par un banquet et un cocktail offerts par la compagnie de Korbous. Une visite de la Station coupa l'après-midi. Enfin un Comité féminin reçut les dames présentes et leur offrit un thé à 16 heures.

M. le Professeur Roche, MM. les Drs Abdelmoula, représentant le Ministre de la Santé Publique, Dupoux, Président de la Société des Sciences Médicales de Tunisie, et Tremsal, M. Bellair, avaient tenu à rehausser de leur présence cette journée.

Souhaitons donc que de telles manifestations se multiplient. Un Comité composé de MM. Sassi, Koskas et M. Cohen a été élu pour organiser la prochaine Journée qui aura lieu en 1955.



TUNISIE : SPECIMEDHY, 37, Rued'Isly — TUNIS

CALCIUM CORBIÈRE Buvable

LABORATOIRES CORBIÈRE · 27, RUE DESRENAUDES · PARIS 17e ·

VITAMINÉ
C.D & P P

AMPOULES DE 10cc
BOITE DE 8 AMPOULES
COFFRET DE 24

Sucré, aromatisé au citron
Remboursé par la S.S.

1 à 3 ampoules par jour

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

OXYPHYLLINE

Oxy - Ethyl - Théophylline

NOUVEAU DÉRIVÉ SOLUBLE DE LA THÉOPHYLLINE
PLUS ACTIF — MIEUX TOLÉRÉ

ASTHME - EMPHYSEME
DYSPNÉES SPASMODIQUES
ANGINE DE POITRINE
INSUFFISANCE CARDIAQUE
INSUFFISANCE RÉNALE

Dragées à 0 gr. 10 : 4 à 6 par jour - Suppositoires à 0 gr. 35 : 1 à 2
Ampoules à 0 gr. 25 pour injection IM ou IV et pour aérosols.

LABORATOIRE AMIDO — 4, PLACE DES VOSGES — PARIS 4E

LE TRAITEMENT DU DIABÈTE SUCRÉ

par M. Jean Baumel

—o—

Le diabète sucré, diabète rénal excepté et toutes conceptions pathogéniques mises à part, comprend le *diabète gras* apanage de la cinquantaine et le *diabète maigre,* consomptif de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte jeune, avec dénutrition et acidose.

Le diabète de la cinquantaine se traduit à peu près uniquement par la glycosurie et l'hyperglycémie, dues à un excès de glucose alimentaire non utilisé. Ce diabète est surtout caractérisé par un trouble du métabolisme glucidique.

Le diabète maigre est aussi lié à un trouble métabolique des glucides. Il présente en plus un trouble métabolique des lipides révélé par la présence de corps cétoniques dans les urines (acétone, acide diacétique et acide B oxybutyrique) et la diminution de la réserve alcaline indice du déséquilibre acide-base de l'organisme. Il s'accompagne encore d'un trouble métabolique des protides avec azoturie, ammoniurie, amino acidurie, preuve de leur mauvaise dégradation.

Ces faits sont primordiaux à connaître pour la prescription d'un régime et d'un traitement adapté à chaque cas.

Quelques considérations générales doivent être tout d'abord énoncées. Tout régime pour diabétique doit comporter le *maximum de glucides* compatible avec une glycémie aussi rapprochée que possible de la normale et des urines aglycosuriques. Ces conditions ne sont pas toujours réalisables par le régime seul, surtout pour le diabète maigre, nous verrons comment dans ce cas il est possible d'y remédier.

Au cours de tout diabète quel qu'il soit, la ration quotidienne de glucides ne doit jamais être inférieure à 150 gr., chiffre indispensable pour assurer la bonne combustion des lipides et des protides, et éviter l'autophagie. C'est un taux minimum limite qui empêche l'amaigrissement trop marqué, la production de corps cétoniques, l'azotémie par autophagie.

Il est indispensable par contre de *réduire* la quantité des *lipides* alimentaires aux environs de 1 gr. par kilo de poids corporel. Leur combustion incomplète est facteur d'acidose. Le taux des protides est plus élastique et ne doit être abaissé à 1 gr. par kilo de poids corporel qu'en présence d'une azotémie supérieure à 0,50 gr. pour mille....

Généralement le régime seul suffit pour le traitement du diabète de la cinquantaine. Il est toujours insuffisant pour juguler le diabète acidosique.

Recherches à effectuer chez tout diabétique vu pour la première fois. Ce sont :

a) L'état de la *balance hydrocarbonnée* après institution d'un régime standard comportant 150 gr. de glucides par 24 heures. La quantité de sucre ingéré étant connue, le dosage de la glycosurie mesure sa déficience, l'absence de glycosurie montre sa positivité.

b) Le dosage de la *glycémie*, à jeun, de *l'azotémie*, de la *cholestérolémie*, permettent d'apprécier leur évolution ultérieure ainsi que l'état de la perméabilité rénale et celui du métabolisme lipidique.

c) La *réserve alcaline* qui reflète l'équilibre ou le déséquilibre acide-base du diabétique. Son taux normal est de 65 à 70 %.

Avant d'instituer un régime chez un diabétique on doit connaître la teneur pour cent en glucides, protides, et lipides de quelques aliments essentiels. Inutile d'essayer de retenir beaucoup de chiffres, il suffit de connaître de façon générale ceux de 4 ou 5 aliments usuels.

Aliments	*Richesse en*		
	Glucides	*Lipides*	*Protides*
Légumes secs, pâtes, nouilles, riz	75 %		
Pain	50 %		
Pommes de terre	20 %		
Fruits frais, excepté raisins, bananes et fruits secs	10 %		
Légumes verts de saison	négligeable		
Viande ou poisson			25 %
Beurre, graisse, huile		100 %	

LE REGIME

Certains auteurs prétendent qu'on peut s'en passer et traitent uniquement les diabétiques, quelle que soit la forme du diabète, sans dénutrition ou avec dénutrition, par des doses suffisantes d'insuline pour les empêcher de maigrir et d'avoir des accidents d'acidose. Peu leur importe le taux de la glycosurie. Cette méthode expose malgré tout les malades à pas mal d'inconvénients. Elle ne permet pas de se rendre compte si la quantité de glucides et de lipides est bien équilibrée, ce qui est très important. L'usage continu de fortes doses d'insuline n'est pas sans danger. Nous savons, depuis la découverte et l'emploi de ce médicament, qu'il peut être responsable de bien des complications cardio-vasculaires telles que artérite, myocardite, infarctus du myocarde. Je ne suis donc pas de leur avis. Il y a grand intérêt à ne prescrire que les doses d'insuline strictement nécessaires et à se passer même de l'insuline lorsque c'est possible.

A. — REGIME AU COURS DU DIABETE SANS DENUTRITION

Petit déjeuner : { Thé / Café / Lait } en tout 300 gr.

Pain beurré 50 gr.

Déjeuner de midi, et repas du soir : A chaque repas :

Bouillon sans pain ni purée, ni pâtes.
ou potage de légumes verts;
ou hors-d'œuvre, crudités, maigre de jambon, saucisson, charcuterie maigre.

Viande ou poisson ou 2 œufs.

Pommes de terre	150 gr.
ou pâtes, ou riz, ou légumes secs	45 gr.
ou carottes, petits-pois	300 gr.
Légumes verts	
fromage	
Fruits frais (sauf raisins, bananes)	150 gr.
Pain	50 gr.

En plus : vin un demi-litre. Eau à volonté.

Aubertin, et je partage sa façon de voir, laisse le diabétique libre de fixer lui-même la quantité d'aliments dont le poids n'est pas indiqué dans le régime. Il existe par contre un respect absolu de la quantité de ceux dont le taux est chiffré. Tous les aliments sont pesés crus.

Ce régime est facile à suivre. Le malade est revu au bout d'un mois. La plupart du temps la glycosurie a disparu. La glycémie est aux environs de 1,60 gr. la cholestérolémie avoisine 1,70 gr. Il n'y a qu'à continuer le régime et surveiller le diabétique 2 ou 3 fois par an.

Après un mois de régime il arrive parfois que la glycosurie persiste avec glycémie à 1,80 ou plus. Si la glycosurie est minime, elle n'a pas d'importance. Il n'y a qu'à continuer le régime institué.

La disparition ou l'abaissement de la glycosurie ne signent pas toujours une amélioration du diabète. Dans ces cas l'hyperglycémie persiste aussi élevée. Le sucre ne passe pas dans les urines parce que le rein est devenu moins perméable, conséquence d'un mal de Bright signé généralement par une hyper-azotémie. Lorsque cette dernière est au-dessus de 0,50 $_{0}/^{00}$ il faut diminuer les protides alimentaires, parfois jusqu'à 1 gr. par kilo de poids corporel.

LABORATOIRES
CHIBRET

Clermont-Ferrand — PARIS

POMMADES ANTIBIOTIQUES

AUREOMYCINE	1 et 3 %
BACITRACINE CHIBRET	1.000 u/g
CHLORAMPHENICOL	1 %
OXY-TETRACYCLINE	1 %
PENICILLINE CHIBRET	1-5-10.000 u/g
STREPTOMYCINE (Dihydro)	1 %
TRI-ANTIBIOTIQUE	

Tubes Ophta et Dermato

BR. W. PARIS

TUNISIE : Ets ZANA et COHEN-JONATHAN
14 bis, Rue Arago — TUNIS

PRURITUS

PROBIOS

UTILISATION DES PROPRIÉTÉS ANTIPRURIGINEUSES ET CICATRISANTES DE L'HYDROCOTYLE ASIATIQUE

LOTION D'USAGE EXTERNE DESTINÉE AU TRAITEMENT DU

SYMPTOME
PRURIT

PRURIT GÉNÉRALISÉ ←
→ PIQURES D'INSECTES (moustiques)
PRURIT ANAL ←
→ URTICAIRE ECZEMA
PRURIT VAGINAL ↓

LABORATOIRES PROBIOS
J. LESQUENDIEU, Pharmacien
4, Rue de Miromesnil - Paris - 8e

AUCUNE CONTRE-INDICATION,
AUCUNE TOXICITÉ

VALS SAINT-JEAN

AFFECTIONS de l'

Estomac
EMBARRAS GASTRIQUES
DYSPEPSIE -- GASTRALGIE

Entérite chez l'enfant
chez l'adulte

ARTHRITISME

Eau de Régime faiblement minéralisée, légèrement gazeuse

B. — REGIME AU COURS DU DIABETE AVEC DENUTRITION

Le même régime standard est prescrit. Pour peu qu'il existe un état d'acidose avec cétonurie et réserve alcaline abaissée aux environs de 40 % il est nécessaire de lui adjoindre un traitement insulinique.

Le malade dans ce cas encore est revu au bout d'un mois. Entre temps il a dosé ou fait doser tous les quinze jours sa glycosurie des 24 heures en procédant de la façon suivante.

Les urines sont recueillies dans trois flacons séparés. Le premier contient les urines émises de sept heures à midi, le second celles de midi à 19 heures, le 3e celles de 19 h. à 7 h. du matin. Le glucose est dosé dans chaque échantillon dont le volume est noté. On est ainsi renseigné sur l' « état de la glycosurie correspondant à un repas et à une fraction déterminée des 24 heures ».

Plusieurs éventualités sont à envisager :

a) *Les trois échantillons* d'urine sont *aglycosuriques* et ne contiennent pas d'acétone ou bien le taux de sucre urinaire est minime. Rien à changer au régime.

b) *Les trois échantillons contiennent du sucre* réparti également en quantité supérieure à 20 gr. par jour, il faut prescrire ou augmenter l'insuline sans rien changer au régime.

c) *La présence du sucre* en quantité relativement importante est *dissociée, positive* dans certains échantillons, *négative* ou peu marquée dans d'autres. Si la glycosurie porte uniquement sur les urines émises de 12 à 19 h., il faut d'après son degré diminuer ou supprimer les pommes de terre du repas de midi. Si la glycosurie n'apparaît que dans les échantillons d'urine de la nuit et de la matinée, indépendamment par conséquent de toute alimentation, c'est que la tolérance glucidique du malade a diminué pendant le nycthémère. Ce n'est pas une question de régime les doses d'insuline doivent être modifiées, la qualité de l'insuline changée, nous verrons ultérieurement dans quelles conditions.

L'INSULINOTHERAPIE

On utilise actuellement de façon habituelle trois variétés d'insuline.

1° *L'insuline ordinaire* (I.O.) dont l'action hypoglycémiante commence aussitôt après l'injection faite qu'elle soit sous-cutanée ou intramusculaire. Cette insuline de nos jours n'est utilisée seule que dans les cas d'extrême urgence, le plus souvent on l'emploie mélangée à d'autres insulines. Nous verrons dans quelles conditions. Son activité hypoglycémiante ne dure que six heures.

2° *L'Insuline Protamine Zinc* (I.P.Z.) insuline retard qui ne libère son hormone hypoglycémiante que trois heures apres son injection

à condition que celle-ci soit faite strictement dans le tissu cellulaire sous-cutané. Son activité hypoglycémiante s'étale alors sur 24 à 33 heures; elle laisse par conséquent dans l'organisme des doses hypoglycémiantes dont il faut tenir compte et qui peuvent agir par accumulation plusieurs jours après le début du traitement. Il faut la manier avec prudence. Nous avons mis ces faits en évidence avec un interne VEDEL dès 1938. Ils ont été corroborés à la même époque que les recherches expérimentales d'HEDON et de ses collaborateurs. L'injectiton d'I.P.Z. dans le tissu intra-musculaire lui fait perdre sa propriété retard, elle n'agit plus alors que comme l'I.O. Les effets de l'I.P.Z. doivent être soigneusement contrôlés pendant les jours qui suivent la prescription non seulement par le dosage du sucre urinaire dans les trois échantillons d'urine des 24 heures, mais par la glycémie et la recherche minutieuse des petites manifestations d'hypoglycémie telles que fringalles, vertiges, malaises digestifs divers, céphalée, transpiration. Leur apparition commande immédiatement la diminution des doses utilisées.

3° *L'Insuline neutre protamine de* HAGUEDORN (N.P.H.) est aussi une insuline retard. Après injection strictement sous cutanée, elle libère son hormone hypoglycémiante au bout de deux heures. Son pouvoir hypoglycémiant est au maximum à la dixième heure. Il s'étale avec une activité décroissante jusqu'à la dix-huitième heure. Cette insuline a donc une capacité hypoglycémiante qui se situe entre celle de l'I.O. et celle de l'I.P.Z.

Toute insuline possède en outre une action antiacidosique aussi importante à connaître que son activité hypoglycémiante. Elle apparait dans les mêmes conditions. Immédiatement pour l'I.O, trois heures après pour l'I.P.Z, deux heures après pour la N.P.H.

De tous ces faits il résulte que I.P.Z. et N.P.H. ne doivent jamais être utilisées dans les cas d'extrême urgence comme dans le coma diabète ou les états précomateux. Seule l'I.O. est de mise dans ces cas au cours des premières heures tout au moins.

Par contre, ces trois insulines employées isolément ou mélangées permettent de mener à bien le traitement de tout diabète sous réserve qu'elles soient utilisées lorsqu'on les associe dans des proportions judicieuses.

Je répète que sauf exception l'I.O. ne doit plus être utilisée seule, même contre un diabète simple qui s'est avéré régimo-résistant, parce que l'activité hypoglycémiante de son hormone est trop courte. Dans ces cas N.P.H. et I.P.Z. sont plus intéressants. Il faut faire l'injection de N.P.H. deux heures avant le repas de midi, neuf heures avant celui du soir, et celle de l'I.P.Z. trois heures avant le repas de midi dix heures avant celui du soir.

Voici pratiquement la technique à suivre.

En présence d'un diabète régimo-résistant, sous réserve que le régime ait été bien prescrit et bien suivi il est necessaire d'utiliser l'insuline pour faire disparaître la glycosurie et abaisser la glycémie aux environs de la normale. C'est à la N.P.H. qu'il faut avoir recours en injection strictement sous cutanée. Cette dernière doit être faite deux heures avant le repas de midi soit à dix heures du matin à la dose de vingt U chez l'enfant, de quarante U chez l'adulte, le régime comportant 150 gr de glucide par 24 heures. Le malade est gardé sous surveillance médicale 2 ou 3 jours pour s'assurer qu'il n'est sujet à aucune manifestation hypoglycémique. Il est alors renvoyé chez lui avec toutes indications utiles diététiques et thérapeutiques.

On doit le revoir un mois après, en lui demandant de faire dans l'intervalle tous les quinze jours une analyse de sucre dans les urines prélevée dans 3 bocaux différents comme il a été indiqué précédemment. Plusieurs cas sont à envisager :

a) Les trois urines sont glycocériques, si en plus la glycémie est normale et s'il n'y a aucune manifestation d'hypoglycémie, régime et insuline sont continués sans changements

b) Les trois urines des 24 heures sont aglycosuriques, mais il y a des manifestations hypoglycémiques cliniques ou une baisse trop forte de la glycémie au-dessous de la normale, il faut se rendre compte de la période de la journée où apparaît la poussée d'hypoglycémie. Si l'hypoglycémie est permanente il est necessaire soit de diminuer les doses d'insuline, soit d'augmenter la ration des glucides alimentaires. Dans les deux cas il faut agir par tâtonnement. Si l'hypoglycémie apparaît passagèrement dans la journée il est indiqué sans rien changer aux doses d'insuline de faire prendre au moment de son apparition une collation selon la formule d'Aubertin (un ou deux morceaux de sucre, ou 30 à 50 gr. de pain ou 20 gr. de pain et 10 gr. de chocolat).

c) Les trois échantillons d'urine de la journée contiennent du sucre en quantité à peu près égale et notable (plus de 20 gr. par 24 heures) le régime doit rester le même, la dose de N.P.H. doit être augmentée suivant les cas de 5, 10, 15 unités par 24 heures.

d) La Glycosurie persiste seulement dans les urines de l'après-midi. La quantité de N.P.H. doit rester la même il faut lui adjoindre une certaine quantité de I.O. pour le faire disparaître.

e) La glycosurie persiste seulement dans les urines du nycthémère, la dose de N.P.H doit être augmentée.

f) La glycosurie n'existe que dans les urines de la matinée. La dose de N. P. H. restant la même, on lui ajoute une certaine quantité d'I.P.Z. à trouver par tâtonnement; le pouvoir hypoglycémiant de cette dernière s'étalant sur une durée plus longue que celui

de l'N.P.H. En général on ne doit pas prescrire en I.P.Z. plus du quart des quantités de N.P.H. déjà utilisées. Boulet, Mirouze et Fruteau de Larclos ont bien mis en évidence la façon de faire en pareil cas.

Certains diabètes surtout chez les jeunes s'avèrent malgré tout instables même dans ces conditions. Ils présentent des poussées d'hyper et d'hypoglycémie qui alternent non seulement dans la journée, mais aussi dans une fraction de journée. Les poussées hyperglycémiques sont post prandiales, l'hypoglycémie apparaît tardivement vers 16 h. et 23 heures, quelquefois même à 11 heures du matin. Les doses d'insuline ne doivent pas être augmentées, diminuant les manifestations hyperglycémiques elles agiraient défavorablement sur l'hypoglycémie qu'elles aggraveraient. Dans ces cas, il faut utiliser les collations d'Aubertin et les faire prendre au moment ou apparaît la poussée hypoglycémique. Ces collations ont l'avantage de permettre l'augmentation des doses d'insuline dans les cas ou les poussées hyperglycémiques s'avèreraient trop fortes tout en mettant le malade à l'abri de l'aggravation des poussées hypoglycémiques.

Il est en outre, des diabètes graves particulièrement instables qui ne peuvent être jugulés par une seule piqûre quotidienne d'insuline. Ces diabètes sont heureusement assez peu fréquents. Ils ont besoin d'une grosse quantité d'insuline, qu'il n'est pas possible d'administrer en une seule piqûre et d'une libération régulière et constante de l'hormone hypoglycémiante. On ne peut les maîtriser que par l'I.O. en 3 ou 4 injections quotidiennes faites toutes les 6 ou 8 heures avec parfois une piqûre à minuit. C'est l'état de la glycosurie dans les urines des 3 échantillons des 24 heures et la glycémie qui doivent en fixer le nombre et les doses.

L'insuline a encore chez les diabétiques dénutris dont glycosurie et glycémie sont équilibrées une autre indication. Certains de ces malades s'avèrent insuffisamment nourris par le régime habituel. Ils n'ont pas même avec 200 grammes de glucides quotidiens une ration suffisante, ils maigrissent, leur poids baisse trop au-dessous de celui qu'ils devraient avoir eu égard à leur taille. Il faut les nourrir davantage et leur faire absorber plus de glucides tout en maintenant leurs urines aglycosuriques et leur glycémie normale ou sub-normale. On arrive à neutraliser chez eux l'apport supplémentaire de glucides alimentaires, par une augmentation des doses d'insuline en partant de ce principe peu scientifique, mais généralement admis que une unité d'insuline est susceptible de neutraliser de 2 à 4 gr. de glucides. Si les augmentations de glucides alimentaires portent sur le repas de midi il suffit d'augmenter l'I.O. dans le mélange d'insuline, si elles se produisent après le repas du soir, il est nécessaire d'augmenter le nombre d'unités de N.P.H.

CONCLUSION

En partant des données qui précédent, on peut dire que le traitement diététique et le traitement insulinothérapique ont bien modifié le pronostic et l'évolution du diabète.

Le régime est facile à réaliser dans tous les milieux sociaux, sans trop d'ennui pour les diabétiques. Ceux-ci s'y prêtent d'autant mieux qu'on leur a fait comprendre son utilité et son but. L'obligation de peser les aliments ne persiste plus que pour 3 ou 4 d'entre eux.

L'insulinothérapie ne doit être utilisée que sous les conditions que nous avons énumérées, toujours au cours du diabète consomptif, à peu près jamais au cours du diabète de la cinquantaine. Le vieil adage : diabète = insuline est de plus en plus abandonné. L'insuline médicament merveilleux ne doit pas être galvaudée, il faut l'employer à bon escient, d'autant plus qu'elle peut se montrer dangereuse lorsqu'elle est mal ou trop abondamment prescrite.

DOCTEUR . . .
à vos **Dyspeptiques,**
vos **Insuffisants pancréatico-biliaires,**
vos **Ulcéreux,**
à tous vos **Malades qui digèrent ou assimilent mal**
PRESCRIVEZ :

PANCREAL
KIRCHNER

Complexe d'extraits pancréatiques dégraissés et purifiés
suractivés par des ferments digestifs (diastases)
Contient 100 % d'éléments actifs (ni sucre, ni cacao, ni fécule)
POSOLOGIE : 3 à 4 COMPRIMES APRES LES REPAS
Catégorie B des Assurances Sociales — Echantillon sur demande

Laboratoires du Dr KIRCHNER - 24 bis, Rue de Verdun, STRASBOURG (Bas-Rh

TONI-CARDIAQUE
DILATATEUR DES CORONAIRES



ANGINE DE POITRINE
HYPERTENSION ARTÉRIELLE
INSUFFISANCE CARDIAQUE
ASTHME CARDIAQUE
ARTÉRITE DES EXTRÉMITÉS
CŒUR SÉNILE

AUCUNE TOXICITÉ
NI ACCUMULATION

AMPOULES - DRAGÉES

Remboursé par la S. S.

TP

CORTUNON
FREYSSINGE

IF

6, Rue Abel-PARIS

Œdèmes généralisés d'origine hépatique

par MM. S. Benmussa, H. Cohen, A. Nahum et Mme Haddad

—o—

Mou... est un ouvrier agricole de 19 ans, entré dans le service le 16 janvier 1952 pour un œdème généralisé avec anémie très importante et asthénie extrême.

Le début de l'épisode actuel remonte à 4 mois environ, caractérisé par un ictère qui a duré quelques semaines et disparu progressivement pendant que s'installait une atteinte importante de l'état général avec asthénie, anorexie, sensation de dérobement des jambes pâleur et amaigraissement de plus en plus marqué.

Après deux mois, apparaissent les œdèmes. D'abord localisés aux chevilles et disparaissant paradoxalement à la station debout, ils envahissent les jambes, les cuisses, l'abdomen, la face, tandis que l'état général s'altère de plus en plus, et qu'apparaît une anémie importante.

Dans les antécédents, il faut noter un premier ictère fébrile apparu deux ans plus tôt avec selles décolorées et urines hautes en couleur et qui a guéri en 6 semaines sans traitement.

On retrouve pas de notion de carence vitaminique, la nourriture du malade était assez variée et abondante.

A son entrée dans le service, on est frappé par l'importance des *œdèmes.* Le visage est bouffi, les paupières presqu'entièrement closes, l'abdomen, les bras, les jambes, sont infiltrés d'une manière extraordinaire, d'un œdème blanc, mou, gardant le godet.

Sur les cuisses et les lombes, les plis des draps ont marqué des empreintes profondes. Le scrotum, la verge sont également très infiltrés.

Le sujet est très *pâle,* ses conjonctives légèrement subictériques.

L'Asthénie est très marquée et empêche le moindre effort.

La palpation de l'abdomen est absolument impossible.

Le cœur, les poumons semblent cliniquement normaux.

La T.A. est à 11-6.

Le pouls à 108.

Température subnormale, mais il y aura quelques clochers pendant son séjour à l'hôpital.

L'exploration rénale ne montre rien d'anormal :

Urée sanguine 0,19;
Urines normales.

Hémogramme (1951-52) :

G.R. 1.798.000;
G.B. 11.625.

Polys neutros. 71 %;
Eosinos 5;
Lymphos 23;
Monos 1.

Hypochromie légère.
Anisocytose, poïkylocytose.

Ponction sternale : Moelle érythroblastique d'anémie secondaire.

Dosages sanguins : Ils révèlent une hypoprotidémie nette portant sur la sérine, une hypocholestérinémie, une baisse des lipides.

Protides totaux 35 gr. par litre;
Sérines 11;
Globulines 24;

$$\text{Rapport } \frac{S}{G} = 0{,}46$$

Cholestérol 0,65 gr. par litre
Lipides 3 gr.

Réaction de Mac Lagan 5 unités Vernes.
Examen des selles : présence de trichomonas.
Radio du thorax : Poumons normaux.
Cœur augmenté de volume, pas de risques de péricardite.

Ponction-biopsie du foie (Dr Ch. ZÉRAH).

1) *Tissu conjonctif de soutien :* Espaces Porte normaux pas de pseudo-néo-canalicules biliaires.

2) *Parenchyme hépatique :*

a) *Cellules hépatiques.*

Net aspect de régénération, avec parfois deux noyaux. Chromatine très dense. On trouve les traces d'une atteinte pré-biopsique par la présence de quelques cellules dont le noyau est soit picnotique, soit en caryorrhexis. Le cytoplasme est granuleux, mais pas de surcharge graisseuse.

b) *Capillaire.*

Les cellules de Kuppfer sont en nette hyperplasie et par endroits tuméfiées. Les lumières vasculaires sont congéstives et dissocient les travées hépatiques.

Les canicules biliaires ne présentent pas l'altération.

En résumé :

Lésions atteignant uniquement le parenchyme noble du foie, en nette régénération. Hépatites avec lésions réversibles. (2-4-52).

(A noter que cette biopsie a été faite après un mois de traitement).

EVOLUTION

Avant d'avoir les résultats des examens pratiques, différents essais thérapeutiques se sont montrés totalement inopérants, infirmant ainsi, les premières hypothèses. Ni la théobromine, ni la digitale, ni la quinine n'ont eu la moindre action.

Le 26 janvier on fait une transfusion de 500 gr. suivie quelques jours plus tard d'une deuxième transfusion de 200 gr.

Extrait de foie.
Acide folique.
Vitamine B12 (une injection de 30 γ par jour).
Régime hypercarné, avec suppression du sel.

L'effet de ce traitement est spectaculaire, dès la première transfusion, l'amélioration ne tardait pas à se manifester et assez rapidement s'affirme dans les 3 syndromes :

Clinique;
Hématologique;
Biochimique.

1) *Clinique :* En 15 jours, fonte des œdèmes, diurèse très augmentée, le sujet est méconnaissable, le faciès est transformé et c'est alors qu'apparaît la cachexie que masquait l'œdème. On peut évaluer la perte de poids totale à 15 kgr. environ.

2) *Hématologique :* Le chiffre des globules rouges augmente rapidement. Il est de 2.200.000 le 30-1 et de 3.000.000 le 15-11 et un dernier hémogramme fait le 28 mars donne 4.860.000 G.R. et 11.230 G.B.

3) *Biochimique :* Le Cholestérol remonte à 1,50. Les Protides à 74 gr. dont 38 de serine et 36 de globuline avec un rapport de 1,06.

Evolution ultérieure. Reprise du poids, le panicule adipeux se reforme et c'est un jeune homme en pleine santé qui quitte le service le 26 avril 1952, 73 jours après son entrée.

COMMENTAIRES

Cette observation nous a paru intéressante à rapporter car elle nous a fait discuter 3 ordres de problèmes :

Diagnostic;
Thérapeutique;
Pathogénique.

méthyl-androstènediol

NÉOSTÉRON

anti-œstrogène

NON VIRILISANT

Facteur de croissance et d'anabolisme protéique
Adjuvant des traitements par la cortisone

GLOSSETTES
à 10 et 25 mg.

SUSPENSION INJECTABLE
flacons 10 cm³ (25 mg. / cm³)

NOUVELLE PRÉSENTATION
BOITE DE 3 AMPOULES
de 2 cm³ (25 mg. / cm³)

LABORATOIRE DE L'ENDOPANCRINE
48, rue de la Procession — Paris • Suffren 07-70

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

LABORATOIRES DEGLAUDE
15, Boulevard Pasteur, PARIS-XVe

MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS

DIGIBAÏNE
Tonique cardiaque

SPASMOSÉDINE
Sédatif cardiaque

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

1° *Problème Diagnostic :*

Devant de tels œdèmes chez un malade jeune nous devions éliminer une origine rénale, néphrite ou néphrose, mais il n'y avait pas d'albuminurie et l'urée était normale.

La ponction sternale éliminait la possibilité d'une maladie de Biermer (forme œdémateuse).

Il s'agissait d'œdèmes hépatiques comme le prouvaient : la chute du cholestérol, des protides et la ponction du foie, ainsi que les antécédents d'ictère.

2° *Problème Thérapeutique :*

Action spectaculaire des transfusions et du régime hypercarné, alors que les différents traitements essayés auparavant et la suppression du sel n'avaient donné aucun résultat.

3° *Problème Pathogénique :*

Voici des œdèmes créés par une hépatite *non cirrhogène*. Aucun phénomène mécanique ne peut être invoqué. Seuls des troubles métaboliques sont en cause.

Ceci entraîne à discuter la pathogénie des épanchements et des œdèmes au cours de hépatites aiguës ou chroniques.

a) *Les classiques* ne reconnaissent que les phénomènes mécaniques : Hypertension portale due à la sclérose.

Cette conception avait déjà été critiquée par VILLARET qui démontrait expérimentalement l'impossibilité de provoquer une ascite par ligature lente de la Veine Porte.

b) *Depuis, d'autres facteurs ont été mis en évidence :* Ce sont le rôle de la pression oncotique du plasma et la rétention du sodium.

I) *L'Hypoprotidémie* est un élément connu du syndrome hydropygène au cours des cirrhoses du foie, en effet, ABRAMI, WALLICH, puis IVERSEN la considèrent comme l'élément dominant : Diminution des protéines plasmatiques c'est-à-dire de la sérine et inversion du rapport. L'Electrophorèse confirme ces données. La diminution de la pression osmotique qui résulte de l'hypoalbuminémie provoque la tendance à la non résorption de l'eau dans le domaine des capillaires veineux, et à une hyperhydratation extra-cellulaire.

Biologiquement l'hypoalbuminémie est constante au cours des cirrhoses et des hépatites œdémateuses en général. Chez notre malade elle est à son plus haut point.

II) *La rétention du Sodium* est un fait reconnu au cours des hépatites (principalement cirrhogènes).

Elle serait due soit à un mécanisme de réabsorption tubulaire augmentée avec une charge sodique sensiblement normale, soit à l'existence d'une *hormone anti-diurétique* dans le sang de ces malades.

Gilbert-Dreyfus a récemment confirmé l'existence de cette hormone dans 4 cas d'ascite cirrhotique. Mais dans notre cas, il semble que ce facteur ait une importance minime, étant donné l'inefficacité au régime déchloruré strict et le résultat de la thérapeutique correctrice de l'hypoprotidémie.

CONCLUSIONS

Ainsi, confirmant les théories modernes sur la pathogénie de l'ascide et des œdèmes hépatiques nous présentons un état d'anasarque dû uniquement à des lésions du parenchyme hépatique à l'exclusion de toute atteinte du tissu conjonctif.

Ceci démontre le rôle important de l'hypoprotidémie et de la rétention saline.

Certes, au cours des hépatites cirrhogènes le facteur mécanique est important, mais la sclérose péri-portale doit jouer un rôle d'appel, de *localisation* des épanchements chez les sujets que l'hypoprotidémie et peut-être la rétention saline ont déjà infiltrés.

BIBLIOGRAPHIE

—o—

1. Grenet H. Diminution des albumines du sérum sanguin chez les hépatiques; Soc. Biol. 1907 - 63-552.

2. Abrami et Wallich. Modifications du sérum sanguin dans les cirrhoses du foie avec ascite C.R. Soc. Biol. 1929. 101-291.

3. Wallich R., Contribution à l'étude des rétentions aqueuses de l'organisme. 1930. Thèse, Paris.

4. Varay, Etude pathogénique des œdèmes des hépatiques, 1937. Thèse, Paris.

5. *Butt, Snell and Keys,* Study of colloïdostomic pressure of blood and ascit fluid in various diseases of the liver. Arch. Int. Med. 1939, janv. 63-143.

6. *Butt, Snell and Keys,* Study of the colloïdostomic pressure in the diseases of the liver and its relation to ascit JAMA, 1937, 110-842.

7. Lemaire et Varay, Etude clinique des œdèmes hépatiques. Congrès insuff. hep. 1937, 121.

8. Patek, Mankin, Colcher, Lowell and Earle, The effects of the intraveinous injections of concentrated human albumine upon blood plasma, ascites and renal functions in 3 patients with cirrhosis of the liver. J. of clin. Invest. 1945, 24-316.

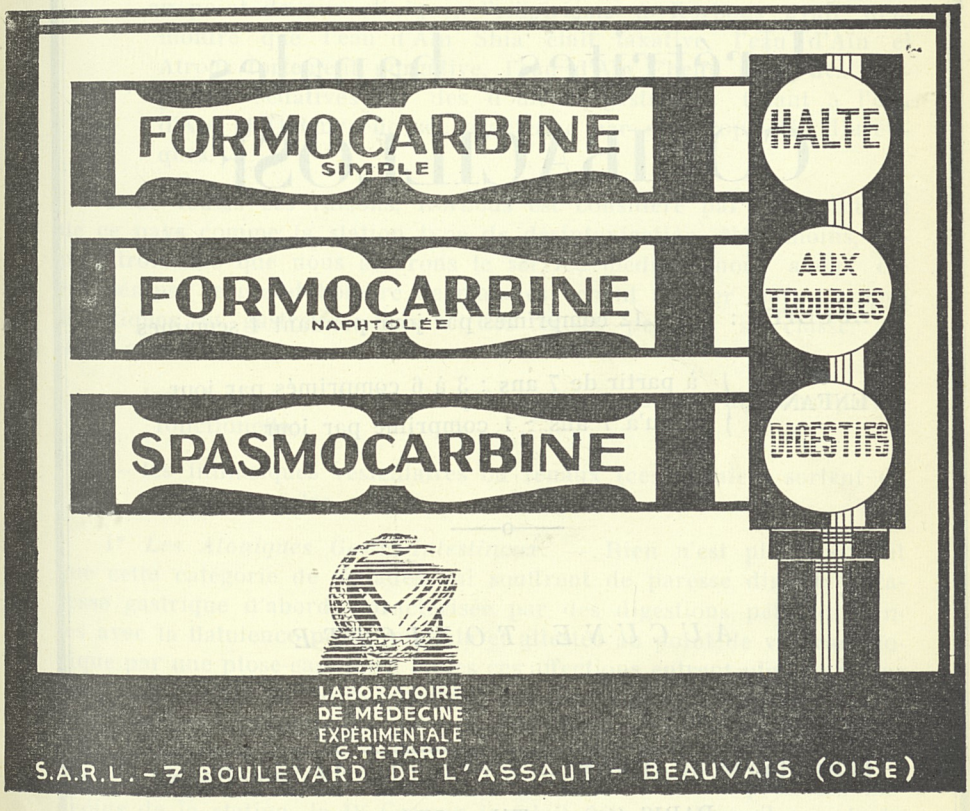
9. Darnis F., Etude de la perméabilité capillaire chez les sujets normaux et au cours des affections du foie. Thèse, Paris 1950.

10. Gilbert-Dreyfus - Sciller Lapidus et Huppert, Recherches sur l'hormone antidiurétique et sa distribution dans l'organisme au cours de certains états pathologiques. Bull. et Mem. Soc. Méd. Hop. Paris, 1950. 66. 1054. 56.

11. Fauvert, Données récentes sur les modifications des protides dans les mala. du foie. Acquisitions méd. rec. (Flammarion).

12. Fauvert, Pathogénie de l'ascite cirrhotique, Revue Praticien, Tome II, n. 4, 1er février 1952.

13. Benhamou Ed, Trait. Biol. moderne des ascites cirrhotiques in id°.



COLLOGÈNE D'ARGENT

FURONCULOSE
Abcès du sein
Urétrites banales
COLIBACILLOSE

ADULTES : 8 à 12 comprimés par jour pendant 4 semaines

ENFANTS { à partir de 7 ans : 3 à 6 comprimés par jour
jusqu'à 7 ans : 1 comprimé par jour

—o—

AUCUNE TOXICITE

Laboratoires JEANSON — 4, rue du Marché Saint-Honoré
PARIS (1er) — Tél. : OPÉra 07-80

Les indications gastro-entérologiques de Korbous

par Maurice Cohen

——o——

Les eaux de Korbous, mis à part Aïn el Okteur, dont les caractères sont très particuliers, se caractérisent par :

— au point de vue chimique, leur richesse en chlorures et en sulfates, elles sont chloro-sulfatées-sodico-calciques;

— au point de vue physique, elles sont chaudes, sortant du griffon en moyenne à 60°, et radio-actives;

— au point de vue physiologique, leur action sur les fibres lisses et le tactus intestinal. A forte dose elles sont purgatives, cholaguogues et cholérétiques à faible dose;

— au point de vue clinique, l'empirisme à Korbous avait déjà montré que l'eau d'Aïn Sbia était laxative, l'eau d'Aïn el Atrous fortement purgative, l'eau d'Aïn Cheffa avait des propriétés sédatives sur des douleurs gastriques. Quant à l'eau d'Aïn el Okteur elle se caractérise par ses propriétés diurétiques.

Pour toutes ces raisons, Korbous est considéré par les habitants de ce pays comme la station type de désintoxication. Néammoins, depuis trois ans que nous assurons le service médical, nous avons été frappés par le grand nombre de malades venant soigner leurs troubles hépatiques ou gastro-intestinaux. Ces crises peuvent se classer en deux grandes catégories :

— les atoniques intestinaux qui souffrent surtout de constipation fonctionelle;

— les lithiasiques vésiculaires ou rénaux (ces derniers sortent du cadre de notre sujet).

1° *Les Atoniques Gastro-Intestinaux.* — Rien n'est plus fréquent que cette catégorie de malades qui souffrent de paresse digestive. Paresse gastrique d'abord, caractérisée par des digestions pénibles, lentes avec la flatulence post-prandiale et attestée au point de vue radiologique par une ptose-gastrique, toutes ces affections entrent plus ou moins dans le cadre des maladies psycho-somatiques. Ces malades fonctionnels sont très fréquents dans ce pays, et l'habitude de l'abus des épices ne vient-il pas de là, n'a-t-on pas pris l'habitude de manger très épicé pour favoriser la sécrétion gastrique. D'ailleurs un des premiers médecins de la station, le Dr Gobert insistait déjà sur l'excellence de la cure dans ces syndromes.

Au niveau du côlon, l'influence de la cure est un peu particulière. La richesse de l'eau en sulfate de soude et en chlorure de sodium provoque localement une augmentation du péristaltisme en même temps que l'hypersecrétion comme celà se passe après ingestion de sulfate de soude. Mais les doses ingérées avec l'eau sont faibles. Celà se retrouve pour les autres eaux sulfatées et chlorurées. Etudiant leur mode d'action, R. et B. Goiffon suggèrent la possibilité d'une certaine analogie possible à relever entre une modification supposée du tonus neuro-végétatif dû aux sels minéraux de l'eau et les médicaments sympathico-mimétique de la même classe que l'atropine. C'est là une hypothèse qui avait été soutenue dans la thèse de Gourand. En somme on aurait une double action : d'une part, une action excitante sur la motricité des fibres intestinales et d'autres part, une action sédative et antispasmodique du type atropine. D'ailleurs l'empirisme a montré que l'on peut garder cet effet sur le tractus intestinal en variant non seulement les doses, mais les sources. Aïn-Sbia, en particulier, a un effet beaucoup plus doux que Aïn-el-Atrous. Néanmoins, malgré tous les appels que nous avons pu lancer, de nombreux curistes continuent à les prendre à très forte dose, et malgré celà le nombre de sujets venant consulter pour des coliques ou pour une diarrhée trop intense reste relativement modéré. Cela nous prouve que nos eaux agissent sur la motricité intestinale, mais d'une façon beaucoup plus douce qu'une simple prise de sulfate de soude.

Si bien que nous pensons qu'à faible dose, et notre expérience clinique bien que modeste semble nous le confirmer, les eaux de Korbous ont une action dans les états spasmodiques, en particulier son action dans certaines colites amibiennes semble satisfaisante. Peut-être est-ce la richesse en magnésium de ces eaux qui est presqu'aussi grande que celle des eaux de Châtel-Guyon et de Montecatini qui expliquerait ce phénomène.

La cure thermale à opposer à ces états peut se résumer de la façon suivante : chez les atoniques : doses relativement élevées d'eau de boisson, douche sous-marine et massage sous l'eau; chez les spasmodiques, doses faibles per os et cataplasmes de boues radio-actives.

II. Les douloureux vésiculaires : constituent la deuxième grande catégorie de sujets justiciables de la cure à Korbous. C'est là une indication fréquente pour les sources riches en sulfate de soude comme Saint Aré ou les stations thermales de Bohême.

Elles ont une action antispasmodique sur la vésicule biliaire ainsi que l'ont mis en évidence Moutier et Gourand. D'autre part, elles sont faiblement cholérétiques, ainsi que l'ont montré sur le chien Piéry et Milhaud d'une part, Chabrol d'autre part. C'est dans ces cas que la cure de boisson jointe aux différentes opérations thermales et en particulier l'application de boues fait merveille.

MM. Sassi, Delort et Tédeschi vous présenteront tout à l'heure une observation qui a bénéficié d'une cure à Korbous. Laissez-nous vous rapporter une observation puisée parmi beaucoup d'autres cas typiques :

Madame H... souffrait de coliques hépatiques survenant presque chaque semaine et plus particulièrement dans la période prémenstruelle. Radiologiquement sa vésicule était exclue. Finalement on lui conseille une intervention sous radio-manométrie biliaire. Avant de s'y résoudre elle vient tenter une cure à Korbous en janvier 53. Pendant toute la durée de sa cure elle ne souffre pas, seule une légère douleur apparaît après avoir bu de l'eau d'Aïn-el-Atrous par désobéissance.

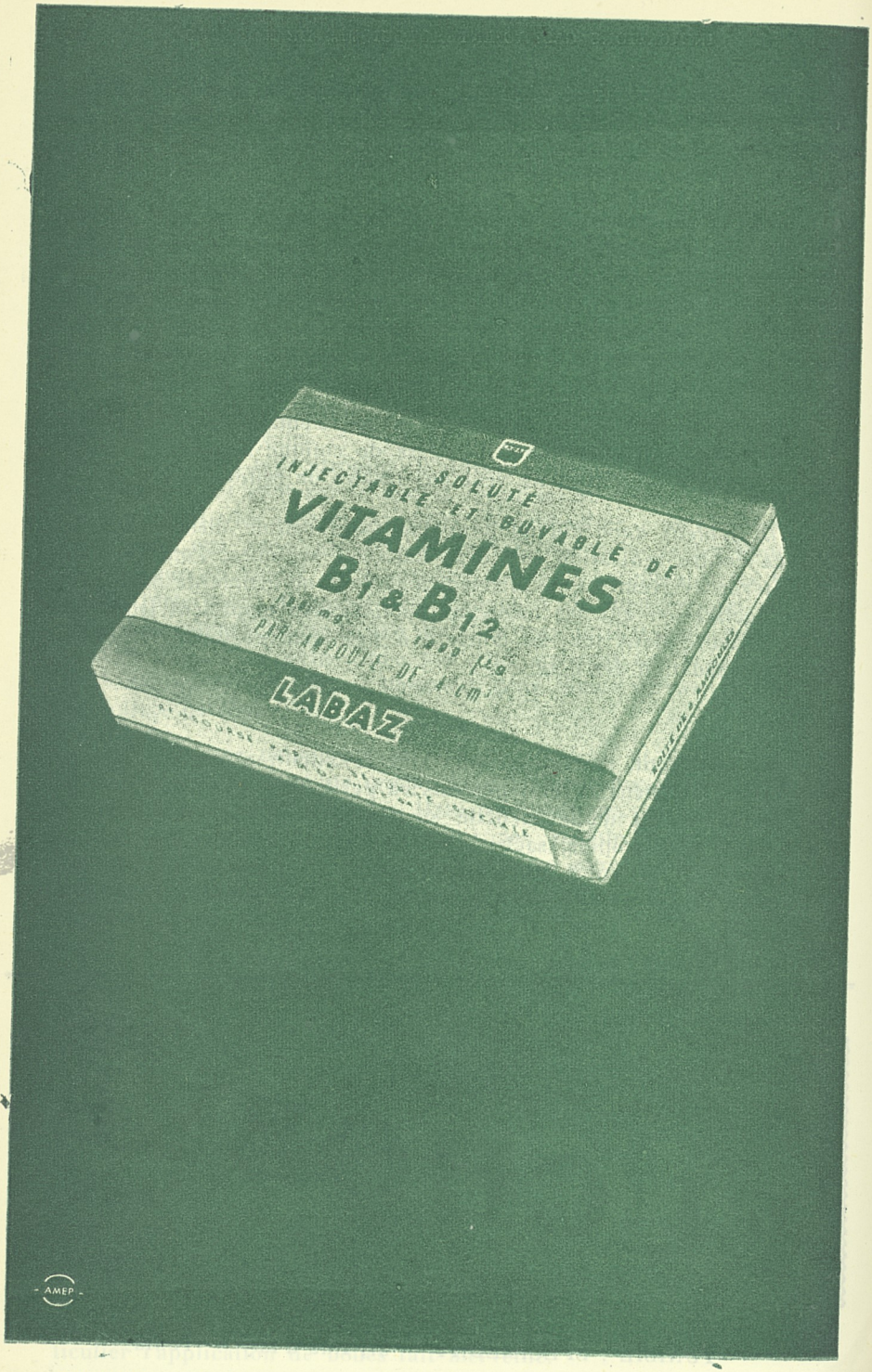
Elle revient faire une cure cette année. Pendant toute la période écoulée elle n'a pas eu une seule crise de colique hépatique. Elle n'a suivi aucun traitement et ne veut pas refaire de radio.

III. L'ulcus duodénal ou gastrique. — constitue théoriquement la grande contre indication des eaux sulfatées sodiques. Pourtant R. et B. Goiffon écrivent : « Nous retrouvons dans un article de A. Mathieu cette déclaration que les médecins de Carlsbad emploient leurs eaux avec bénéfice dans les cas d'ulcère à l'estomac et qu'ils en obtiennent une sédation des douleurs ».

*
* *

En terminant, nous voudrions attirer l'attention sur un fait : de nombreux Tunisiens et nous pensons en particulier aux petits fonctionnaires bénéficiant d'une sécurité sociale, ne peuvent aller faire une cure dans la Métropole, sachez qu'à Korbous, ils trouveront une station thermale mettant à leur disposition des techniques hydrologiques modernes et qui possède une gamme d'eaux très étendue et vraiment efficace.

LABORATOIRE CHANTEREAU (INNOTHÉRA)
choline, papaïne
sels biliaires
boldo
EUCHOBYL
3 à 6
comprimés
par jour aux repas
TROUBLES HÉPATO-BILIAIRES
TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — Tunis



TUNISIE : Ets NOTE — 61, Avenue Garros — TUNIS - Tél. 97-090

Quatre cas de syndrome carentiel post-gastrectomie

par Raoul Dana et Gilbert Borsoni

——o——

A la suite des travaux métropolitains et notamment ceux de Lambling, Cattan, Hillemand... il nous a paru intéressant de rechercher dans notre clientèle de la ville ou d'hôpital les carences après gastrectomie.

En trois ans nous n'avons rencontré, que quatre cas dont deux seuls ont pu être longuement observés.

OBSERVATION N° 1

Latifa Bent M..., âgée de 30 ans environ, entre à l'Hôpital le 14 mars 1951, cachectique, fiévreuse et secouée de quintes de toux.

Elle se plaint d'une asthénie intense qui a augmenté considérablement depuis deux à trois semaines en même temps que s'installaient une toux, une expectoration et un délai fébrile.

Elle ajoute qu'elle a une diarrhée rebelle dont elle n'est pas venue à bout.

Quand on découvre la malade on est frappée par la pâleur généralisée et par la maigreur du tronc et des bras qui contraste avec l'enflure qui monte des pieds jusqu'à la racine des cuisses et à l'abdomen.

Une cicatrice de laparatomie sus et sous-ombilicale révèle une intervention sur laquelle Latifa ne peut donner aucun renseignement précis autre que celui d'une opération subie, il y a cinq ans, parce qu'elle souffrait après ses repas. Elle nous dit aussi, qu'après l'intervention, les douleurs ont disparu mais que, malgré un appétit conservé, elle aurait continué à maigrir.

Depuis un an, elle aurait vu apparaître aux membres inférieurs un œdème cireux, mou, indolore, non influencé par le repos en même temps que s'installait une diarrhée chronique, à quatre, cinq selles par jour.

Elle précise une nouvelle fois que les signes pulmonaires sont récents et datent de deux à trois semaines.

Précisons, dès à présent, que la radiographie nous a permis de confirmer que notre malade avait subi une gastrectomie que faisaient soupçonner et la cicatrice abdominale et l'histoire de notre malade.

Par ailleurs l'abdomen est souple; foie, rate et reins paraissent cliniquement normaux.

Le cœur est accéléré mais les bruits sont réguliers et bien frappés. La tension artérielle est basse.

L'auscultation des poumons permet de localiser des râles bulleux à la partie moyenne et supérieure de la plage gauche en arrière. La radiogra-

phie confirme un infiltrat de la portion moyenne du poumon gauche, lésion jeune non excavée et confirme l'intégrité du reste du poumon gauche et du poumon droit.

D'autres examens sont demandés :

— **Examen complet des urines :**

Pas de sucre, ni albumine, ni acétone.
Culot de centrifugation normal.

— **Hémogramme :**

Globules rouges	2.170.000
Globules blancs	7.200
Hémoglobine	41 % — V. G. : 0,97
Polynucléaires neutrophiles	79 %
Polynucléaires éosinophiles	1 %
Monocytes	2 %
Lymphocytes	18 %

— **Azotémie** .. 0,27 gr. litre

— **Examen des selles :**

Graisses neutres en grosse quantité.
Pas de parasites après enrichissement.

Lipides totaux	5,25 gr. litre
Protides totaux	38,75 gr. litre
Sérine	13,28
Globuline	25,47
Rapport S/G	0.52
Cholestérol	Légèrement abaissé

Notre thérapeutique s'adresse à la fois à la tuberculose et à l'état de carence.

A côté de la Streptomycine et de la Pénicilline, nous essayons d'enrayer le déficit protido-lipidique de notre malade par une alimentation constituée uniquement par du lait ou de l'Isonutrine donnée à très petites doses, fréquemment répétées.

Nous n'obtenons aucun résultat. Nous tentons alors une thérapeutique de substitution en donnant :

— des extraits pyloriques;
— de l'acide chlorhydrique;
— les vitamines du complexe B.

Toutes ces thérapeutiques sont restées sans effet, sauf la Streptomycine qui a fait cesser la fièvre.

La famille reprend sa malade, mourante, le 10 avril 1951.

OBSERVATION N° 2

Mme S... Clélie, 73 ans, est vue en consultation par l'un de nous, 10 jours avant son hospitalisation, pour un œdème important évoluant depuis octobre 1952.

A cette date, en effet, en même temps qu'une diarrhée sérieuse très importante, atteignant jusqu'à 15 selles par jour, est apparu un œdème blanc, peu douloureux, gardant le godet qui envahit tous les espaces cellulaires sans se limiter aux parties déclives.

Depuis cette date, avec des fortunes diverses, l'œdème et la diarrhée se sont maintenus pratiquement sans interruption. Les téguments se sont figurés et des plaies torpides se sont installées.

Divers examens de laboratoire ont été demandés par les nombreux médecins qui ont été amenés à suivre cette malade.

De nombreux examens d'urine : qui n'ont jamais montré d'albumine.

Recherche de parasites intestinaux : négative.

Azotémie, Cholestérolémie, Glycémie : normales.

Des hémogrammes : qui, au début à peu près normaux, ont par la suite objectivé l'installation d'une anémie normochrome à 2.600.000 Gl. R., Leucocytose à 10.600 dont 73 % de polynucléaires neutrophiles.

Des études chimiques du sang qui montrent :

Protides	43,50 gr. litre de sérum
Sérum albumine	34,70
Sérum globulines	65,30
Rapport S/G	0,53 (inversé)
Lipides totaux	5,20

La courbe électrophorétique est elle aussi inversée.

La malade a été traitée par des désinfectants intestinaux (terramycine, chlomycétine)} associés à une vitaminothérapie intense surtout B, une hormonothérapie thyroïdienne et hypophytaire et une hépatothérapie importante. De plus il a été pratiqué 3 transfusions très espacées qui ont été mal supportées.

Tous ces traitements n'ont eu que des résultats partiels et passagers.

La malade est alors hospitalisée.

Dans les antécédents de Mme S... on note :

— Une lithiase urinaire qui depuis 30 ans entraîne des crises douloureuses qui ont accoutumé la malade au Sédol. Depuis 30 ans il lui est injecté 1 sédol par jour et parfois 3, aux dires de l'entourage.

— On note aussi une gastrectomie pratiquée en décembre 1949 par

DE GNUDART D'ALLAINES pour un ulcus du versant duodénal du pylore. L'anatomie pathologique a confirmé la bénignité de la lésion.

— Depuis la gastrectomie la malade présente des crises de diarrhée sérieuse, de plus en plus importantes et rapprochées. Enfin, quelques mois après l'intervention on signale un ictère infectieux grave.

A l'entrée l'œdème est toujours important, la malade est couverte de petites plaies torpides disséminées sur tout le corps et non seulement aux points de contact avec le lit. On note de plus quelques extrasystoles, un discret œdème des bases pulmonaires mais la T. A. reste satisfaisante.

Devant ce tableau le diagnostic d'œdème de carence est posé et l'on décide de pratiquer une protéinothérapie intensive, notamment des transfusions rapprochées et la plus conséquente possible.

La malade est alors transportée à l'Hôpital où son étude est complétée par un examen de la digestion qui montre dans les selles :

— des fibres musculaires non digérées, des grains d'amidon et des graisses neutres qui peuvent traduire une atteinte hépatique discrète.

Les transfusions s'avèrent très délicates : avec du sang frais isogroupe, malgré l'emploi de phénergan I.M. et de morphine I.V. nous avons des chocs avec des g. de l'ordre de 100 gr.

Néanmoins en ajoutant de l'acide chlorhydrique au moment des repas nous obtenons une amélioration importante : la diarrhée et les œdèmes regressant, les plaies cutanées se cicatrisent. Mais cette amélioration est de courte durée. Sur les conseils de M. le Dr CATTAN de passage à Tunis on soumet la malade à une alimentation composée uniquement de lait administré par cuillerées. Les transfusions ne peuvent être reprises.

La malade décède le 20 avril 1953.

OBSERVATION N° 3

M. I... Jacques, 37 ans, entre dans le Service le 1-12-52 pour une diarrhée liquide non sanglante à 5, 6 selles par jour, continuelle, évoluant depuis 2 ans, ayant entraîné un amaigrissement important et ayant fait cesser tout travail depuis 1 an.

Dans ces antécédents nous notons une gastrectomie 2/3 et la radiologie confirme un parfait fonctionnement mécanique.

A l'examen, en dehors d'un amaigrissement marqué, on ne retrouve aucun œdème ni autre anormale clinique. L'examen des selles révèle la présence de kystes de Lamblia dont nous débarrassons le malade.

Par ailleurs, azotémie, glycémie, cholestérolémie et lipidémie normales.

Les protides sont abaissés à 59 gr./l. Mais le rapport Sérine/Globuline reste satisfaisant à 1,40.

Après avoir tenté les thérapeutiques usuelles du simple régime sec jusqu'aux classiques comprimés d'opium, nous pratiquons à ce malade trois transfusions de 200 gr. chacune de sang frais et nous lui conseillons de prendre tout au long de ses repas 15 gouttes d'acide chlorhydrique officinal.

Sous l'effet de la thérapeutique le sujet est très amélioré, les selles se font normales en quantité et sont réduites à 2 ou 3 par jour au maximum.

Le malade indocile quitte le service contre notre gré, il a continué son traitement à titre externe et nous l'avons revu deux mois après sa sortie, la guérison se maintenait.

OBSERVATION N° 4

Mohamed Ben A..., entre le 25 décembre 1953 en urgence pour un œdème généralisé envahissant les membres inférieurs et l'abdomen, atteignant le tronc, bouffisant le visage. Son pouls est à 120, sa tension pincée, la respiration courte, encombrée.

Les urines ne présentent pas d'albumine, on pense de prime abord à une insuffisance cardiaque et l'on traite le malade en conséquence.

Cependant devant l'échec complet de la thérapeutique un examen plus approfondi nous fait remarquer la répartition régulière et non aux points déclives de l'œdème; une radioscopie nous montre que la cicatrice de la parotomie correspond à une gastrectomie subie en février 1952. Les selles sont normales.

La tension est à 13,5/9 (Vaquez).

Les examens pratiqués montrent :

Azotémie	0,32
Cholestérol	0,80
Lipidémie	3 gr.
Protides	68 gr.
Rapport S/G	1,20
Glycémie	0,86

Le traitement est alors modifié. On diminue les toni-cardiaques et on pratique des transfusions de sang et on injecte un complexe vitaminique B. Sous l'influence du traitement les œdèmes disparaissent très rapidement et le malade sort guéri le 2 février 1954.

Une rechute légère fait réhospitaliser le malade en fin février. La reprise du traitement (transfusion-complexe vitaminique) a fait très rapidement disparaître les œdèmes et depuis deux mois le malade a repris sa vie normale.

*
* *

Dans ces observations nous aurions aimé obtenir des précisions plus grandes du point de vue biologique.

Dans l'Observation N° 1 nous n'avons pu connaître la glycémie. Dans tous les cas nous n'avons pu mesurer nos protéines en quantités totales circulantes comme le fait très justement FAUVERT.

Ces quatre observations nous ont amené à faire quelques remarques : tout d'abord nous avons été frappés par la diversité d'origine de nos quatre malades. La malade de l'Observation N° 1 appartient à la bourgeoisie aisée; la malade N° 2 représente la classe des petits propriétaires terriens; le malade N° 3 est un Italien de situation sociale moyenne; enfin, le malade N° 4, est un misérable vagabond qui nous avoué ne jamais manger à sa faim.

Pour Latifa, une tuberculose d'évolution récente, comme le montrent l'histoire clinique et les lésions radiographiques, est venue compliquer une carence s'accentuant depuis cinq ans. C'est là une évolution dont après OLMER de nombreux auteurs ont montré la fréquence.

Chez Mme S..., une morphinomanie certaine a pu ajouter, les troubles métaboliques qu'elle entraîne à ceux qui sont occasionnés par la gastrectomie et son rôle dans la génèse des œdèmes peut être discuté.

Chez ces deux malades nous notons la présence de graisses neutres dans les selles. Ceci fait suspecter l'atteinte du pancréas exocrine sur le rôle duquel des auteurs ont récemment attiré l'attenion, alors que les troubles de la régularisation glycémique sont connus de longue date. A ce propos, nous aurions aimé pouvoir expérimenter à notre tour les effets des injections pancréaticostimulantes du type Sécrétine qui nous ont donné par ailleurs des résultats excellents chez des sujets qui avaient été traités auparavant sans succès pour des diarrhées chroniques et que quelques injections ont paru guérir.

L'avenir nous dira la valeur de ces guérisons (nous n'avons pas encore un recul du temps suffisant pour en juger).

Enfin, il est une remarque qui à notre avis s'impose : étant donné la fréquence de la maladie ulcéreuse en Afrique du Nord et en Tunisie en particulier, malgré le nombre important de gastrectomisés, nous n'avons rencontré en trois ans que ces quatre cas de carence. Cependant notre clientèle hospitalière se compose principalement d'indigents, souvent de nomades, ignorant tout de la diététique, et dans l'impossibilité de suivre un régime approprié, à cause de leur genre de vie. Les habitudes autochtones leur donnent une ration alimentaire suffisante, parfois, en quantité, mais presque toujours déséquilibrée aux dépens de protides.

Ainsi donc ces gastrectomisés sont dans les conditions étiologiques les meilleures pour être atteints des syndromes carentiels décrits com-

ANTISEPTIQUE INTESTINAL

ENTERO VIOFORME

SPÉCIFIQUE DES DYSENTERIES A PROTOZOAIRES

IODE ORGANIQUEMENT COMBINÉ
INSOLUBLE
NON TOXIQUE
NON IRRITANT

Entéro-colites
Amibiase aiguë et chronique
Dysenteries parasitaires

COMPRIMÉS à 0,25 g.

608 **CIBA** 111, BOULEVARD VIVIER-MERLE - **LYON** • 57, QUAI D'ORSAY - **PARIS**

Ed. du MARQUOIS

Le pansement de marche

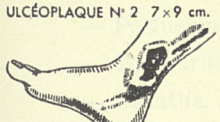
ULCÉOPLAQUE

du Docteur Maury

CICATRISE

- **PLAIES ATONES**
- **ESCARRES**
- **ULCÈRES VARIQUEUX**

ULCÉOPLAQUE
2 DIMENSIONS :
ULCÉOPLAQUE N° 1 5×6 cm.
ULCÉOPLAQUE N° 2 7×9 cm.



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

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

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

LABORATOIRE SÉVIGNÉ - R. MAURY. Ph., 76, r. des Rondeaux - PARIS

me séquelles de ce que Don Santos appelle « une mutilation grave d'un organe nécessaire ».

Et cependant la rareté des cas que nous avons rencontrés nous a incités à les publier pour attirer l'attention de nos confrères nord-africains et les inciter à une enquête qui a une valeur considérable, on le conçoit aisément, pour décider d'un acte chirurgical et de la conduite à tenir après l'intervention.

BIBLIOGRAPHIE

BINET, BOUR et DEJOUR : « Un nouveau cas de syndrome carentiel complexe chez un gastrectomisé ». Soc. Méd. Hop., 21-11-50.

BROUET G., MARCHE J., PALEY P. Y. : « Gastrectomie et tuberculose pulmonaire », Arch. Mal. App. Dig., avril 1952, p. 385.

CATTAN R., FRUMUSAN, CARASSO, CORNILLET et DENIS : « Deux cas de syndromes carentiels complexes avec œdème après gastrectomie ». Soc. Nat. de Gastro-Ent., 27 juin 1949.

DEBRAY, PERGOLA, ROBERT, BENON et DENILLIDIS : « Troubles de la glycorégulation et résection gastrique ». Sem. Hôp., 1948, 24.

FAUVERT, LORTAT, JACOB, HARTMANN J. L. et RENE : « Syndrome mumoral de l'agastrie ». Arch. Mal. App. Gig., mai 1951.

HARTMANN, GUENIN P., FAUVERT R. : « Etude clinique et biologique de cent gastrectomies sub-totales pour lésions bénignes ». Arch. Mal. App. Dig., juillet 1952.

HILLEMAND P., MAFFEI L. D., HILLEMAND B. : « Résultats tardifs de la gastrectomie 2/3 pour ulcéro ». Arch. Mal. App. Dig., juillet 1952, p. 747.

LAMBLING, CONTE, BOISSIER et HERMANN : « Syndrome carentiel complexe après gastrectomie ». Soc. Méd. Hop. Paris., fév. 1942.

LOMEZ Y., COORNAERT G. : « Syndromes carentiels après gastrectomie ». Arch. Mal. App. Dig., décembre 1951, p. 1347.

PLANCHU, CREYSSEL R., MOURIQUAND C. : « Syndromes carentiels complexes chez deux gastrectomisés ». Arch. Mal. App. Dig., novembre 1951, p. 1245.

RÉSECTION ÉTENDUE DU GRÊLE POUR VOLVULUS

Guérison complète, sans troubles digestifs ni nutritionnels

par J. Demirleau, A. Hagège, S. Mestiri et G. Pernot

L'observation que nous vous présentons, est un cas de résection étendue de l'intestin grêle à la suite d'un étranglement interne à travers une brèche mésentérique.

Il nous a paru intéressant de vous le soumettre pour plusieurs raisons :

— la grande étendue de la résection : 2 m. 40;
la conduite chirurgicale qu'il nous a fallu adopter, imposée par l'état de notre malade;

— les troubles digestifs présentés par notre opéré, rentrant dans le cadre du syndrome des réséqués, et leur regression rapide et totale, deux mois après l'intervention.

OBERVATION CLINIQUE

Il s'agit d'un homme de 31 ans, qui se présente à l'hôpital Charles Nicolle, en urgence, le 18 octobre 1953 à 9 h. 30.

Il accuse depuis 24 heures une douleur abdominale péri-ombilicale, apparue brusquement, et suivie de vomissements alimentaires, puis bilieux.

Arrêt des matières et des gaz depuis le début.

A l'entrée : malade très agité, accusant une douleur continue au niveau de l'ombilic.

Abdomen balloné dans son ensemble.
Pouls incomptable.
Tension artérielle imprenable.
Le malade se présente comme un syndrome péritonéal aigu.

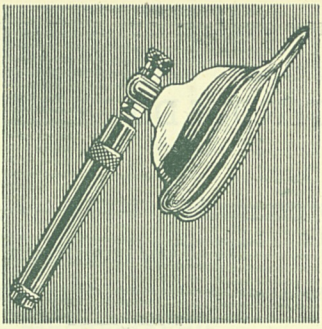
On commence par essayer de le déchoquer :

— Perfusion : Dextran - Subtosan;

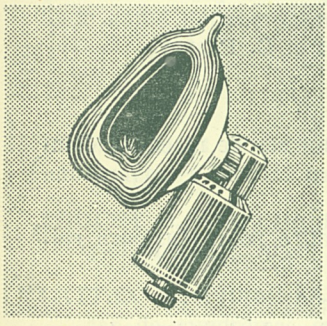
— Tonicardiaques;

— Sédatifs.

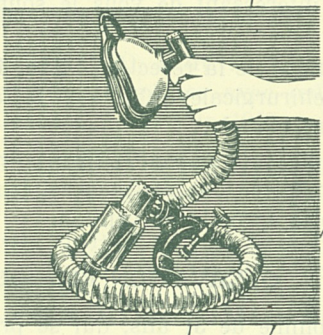
Anesthésie générale au Nesdonal.
Au bout de trois heures, on perçoit un pouls faible mais comptable.
Intervention à 12 heures.
Incision sus ombilicale que l'on prolonge au-dessous de l'ombilic.



trilène n° 1



trilène n° 2



trilène n° 2
avec montage spécial de fixation

Toute la gamme des appareils inhalateurs pour auto-analgésie

TRI.7

TRICHLORÉTHYLÈNE

ICI

LABORATOIRES AVLON S. A.

21, avenue Victor Hugo - Paris 16e - Tél. : Klé. 12-70

PUBLICIS

CONCESSIONNAIRES DE IMPERIAL CHEMICAL (PHARMACEUTICALS) LTD. FILIALE DE IMPERIAL CHEMICAL INDUSTRIES LTD.

TUNISIE : Ets NOTE - 61, Avenue Garros - TUNIS - Téléphone : 97.090

Dès l'ouverture du péritoine, des anses grêles complètement noires apparaissent.

L'exploration montre qu'il s'agit d'un étranglement interne, une grande partie du grêle (2 m. 20) et l'anse sigmoïde sont passés à travers une brèche mésentérique de la taille d'une pièce de 5 francs, et se sont volvulés.

On élargit la brèche et on réduit l'intestin, le sigmoïde revient bien, mais les anses grêles restent complètement noires, et n'ont aucune tendance à revenir à une coloration normale malgré le sérum chaud novocaïné.

Vu l'étendue de la gangrène, et l'état du malade, la question de la résection ne se pose pas.

On extériorise les anses gangrénées.

Fermeture de la paroi en un plan.

A la fin de l'intervention : l'état du malade est considéré comme désespéré.

— On continue la perfusion per-opératoire sur la table d'intervention pour ne pas le bouger.

— Au bout de deux heures, on le ramène dans son lit, et durant toute la journée et la nuit, le malade est réhydraté et les tonicardiaques lui sont administrés à haute dose.

Son état s'améliore très peu pendant la journée, cependant, il a un pouls comptable et sa tension peut être prise en fin d'après-midi.

Le lendemain matin : on a la surprise de trouver dans son lit un malade très amélioré.

A l'ouverture du pansement, on distingue très nettement le bout proximal et le bout distal qui sont sains, mais très inflammatoires, séparé de l'intestin gangréné par un sillon.

Le deuxième jour : on tente de rétablir le transit intestinal en pratiquant une anastomose termino-terminale entre les deux extrémités saines, après les avoir séparées de la partie sphacélée. Cette anastomose n'est pas très satisfaisante, surtout les points d'enfouissement séro-séreux, étant donné l'état inflammatoire des tissus.

La portion d'intestin nécrosé tombe spontanément quatre jours après la suture.

Le 7e jour, un point de l'anastomose lâche.

Mais l'état général du malade est alors très bon.

On décide le 28 novembre, donc quarante jours après son arrivée, de reprendre l'anastomose, et de fermer la cavité abdominale.

L'intervention est pratiquée sous anesthésie générale à l'éther, avec départ au nesdonal.

On repasse pas la même cicatrice que l'on résèque.

On tombe sur un énorme bloc d'adhérences.

On est obligé de réséquer 10 cm. de grêle, de part et d'autre de la première suture, pour pratiquer en tissu sain une anastomose termino-terminale. Celle-ci se trouve à 5 cm. de l'angle iléo-cœcal.

On remet les anses intestinales restantes en place.

Fermeture en un plan au fil d'acier.

Les suites opératoires sont fébriles pendant huit jours.

Le malade est alimenté à partir du 3e jour.

Mais à partir de cette date, notre malade présente des signes de déshydratation très marqués, et se cachectise rapidement.

Il présente une diarrhée profuse, peu sensible à la thérapeutique.

Un mois après la dernière intervention, il regagne son domicile contre notre gré, et pendant un mois, nous n'avons plus aucune nouvelle de son état.

*
* *

Le 25 janvier 1954, donc trois mois après la début de sa maladie, notre opéré revient à la consultation complètement transformé.

Son état général est excellent. Il a grossi d'au moins six kg., s'alimente normalement.

Il conserve seulement une diarrhée (5 à 6 selles par jour).

Sa paroi est très solide.

Nous avons chez ce malade pratiqué quelques examens :

— Le **transit baryte** : nous a montré une accélération très marquée du transit. En 1 h. 30 la baryte est à l'angle iléo-cœcal. En 3 h. 1/4 le sigmoïde est imprégné.

— **Examen de selles :**

Graisses : 11,75 %.

— **Dosage des protides** : 57 gr.

— **Glycémie.**

— **Cholestérol.**

Le dosage des lipides ne peut pas être pratiqué dans notre laboratoire.

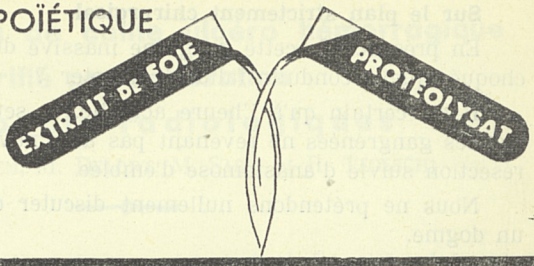
— **Formule sanguine.**

— **Numeration :**

G. R.	4.460.000
G. B.	12.000
Polynucléaires	65 %
Eosynophyles	4 %
Lymphocytes	25 %
Monocytes	6 %
Hémoglobine	90 %

A propos de cette observation, nous voudrions insister sur deux points :

SYNERGIE HÉMATOPOÏÉTIQUE



PROTIGÉNYL

MÉDICATION STIMULANTE ÉNERGIQUE

Toutes les indications des extraits de foie et des protéolysats

en Médecine :

ANÉMIE de BIERMER
PROTIGÉNYL FORT, 1 à 3 amp. par jour

ANÉMIES MOYENNES et LÉGÈRES
ASTHÉNIES, CONVALESCENCES
PROTIGÉNYL FORT, puis NORMAL et GRANULÉ

PRÉTUBERCULOSE, RACHITISME
SUPPOSITOIRES et GRANULÉ

en Pédiatrie :

GASTRO-ENTÉRITE du NOURRISSON
SOLUTION INGÉRABLE STÉRILE spécialement dosée

en Chirurgie :

PRÉPARATION PRÉ-OPÉRATOIRE
PROTIGÉNYL FORT et GRANULÉ à haute dose (100 à 300 g par jour)

5 formules

INJECTABLE FORT
Extrait purifié de **200 g** de foie frais et 0,25 g de protéolysat par amp. de 5 cm 3

INJECTABLE NORMAL
Extrait purifié de 30 g de foie frais et 0,25 g de protéolysat par amp. de 5 cm 3

GRANULÉ
Extrait purifié de 36 g de foie frais et 2,70 g de protéolysat par cuillerée à soupe

SUPPOSITOIRES
Extrait purifié de 30 g de foie frais, 0,25 g de protéolysat, gluconate de calcium, et Vitamine D_2

SOLUTION POUR NOURRISSONS
Extrait purifié de 20 g de foie frais et 0,40 g de protéolysat par amp. à ingérer

LABORATOIRES RONCHÈSE - NICE

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

Sur le plan strictement chirurgical.

En présence de cette gangrène massive du grêle chez un malade très choqué, quelle conduite fallait-il adopter ?

Il est certain qu'à l'heure actuelle, la seule attitude logique vis-à-vis d'anses gangrénées ne revenant pas à la novocaïnisation du méso, est la résection suivie d'anastomose d'emblée

Nous ne prétendons nullement discuter ce qui doit être aujourd'hui un dogme.

— L'extériorisation du grêle est une très mauvaise opération qui ne conserve que des indications exceptionnelles.

— Cependant nous pensons que si notre malade est encore en vie, c'est parce que nous nous sommes contentés de faire le minimum.

Le deuxième point sur lequel nous voudrions insister, est la **régression rapide des troubles de la nutrition présentés** par notre opéré.

Les recherches bibliographiques, qui se rapportent surtout à des auteurs étrangers, montrent que les résections étendues du grêle sont souvent compatibles avec la vie, mais entraînent toujours des troubles digestifs, le plus constant étant la mauvaise digestion des graisses.

Nous relevons en particulier, un cas de résection de 4 m. 35 ne laissant subsister que 70 cm. de grêle. Le malade suivi pendant 15 ans, présentait des épisodes diarrhéiques et une digestion des graisses défectueuse.

De toutes les observations que nous avons pu lire, nous avons retenu les points suivants :

1° La variabilité de longueur de l'intestin grêle, notion anatomique classique.

2° La réussite opératoire d'autant plus certaine que la résection laisse en place une plus grande longueur de jéjunum.

3° La variabilité de troubles digestifs selon les cas envisagés, avec comme trait commun, une mauvaise digestion des graisses Le régime de ces opérés devra donc être riche en protides et surtout en hydrates de carbone, qui sont mieux tolérés.

Chez notre opéré :

Le signe majeur a été la diarrhée qui a duré 2 mois environ. Mais depuis cette date, il ne présente plus aucun trouble digestif et se porte très bien.

Il va à la selle une fois par jour, les matières sont bien moulées, de coloration normale.

Il ne suit aucun régime, et a repris un travail manuel.

On peut donc considérer actuellement cet opéré définitivement guéri.

Notes sur un cas de colite ulcéro hémorragique vérifié par l'opération
Ses aspects radiologiques

par MM. R. GANEM, M. DELORT, M. SASSI et R. TEDESCHI

—o—

Il nous a été donné d'observer un sujet porteur de colite ulcéreuse, à propos de laquelle certains examens radiographiques ont été exécutés. Ce malade ayant été opéré nous avons pu vérifier la réalité des lésions ainsi que leurs localisations, la valeur aussi des symptômes cliniques et des signes radiologiques.

A. H. S., âgé de 55 ans environ. Entré à l'Hôpital Sadiki le 20 janvier 1954.

Il rapporte être malade depuis 3 ans. Les troubles se sont établis progressivement sans épisode aigu de début. Il a présenté des douleurs abdominales, des coliques, de légères poussées diarrhéiques avec glaires et sang dans les selles.

Il accuse des troubles de cette sorte qui sont maintenant quotidiens, douleurs abdominales occupant la région ombilicale irradiant vers le flanc gauche. La diarrhée est presque toujours liquide, comporte 4 à 5 selles par jour, s'accompagne d'émission de glaires et de sang.

Il n'a pas de vomissement. A bon appétit. Présente du ballonnement abdominal diffus non très tendu, n'a aucun symptôme rappelant l'occlusion intestinale, n'a pas de douleurs vives.

L'état général est très médiocre.

La palpation ne révèle l'existence d'aucune tumeur abdominale ni région douloureuse précise.

L'aspect est plutôt celui d'une colite grave ou d'un cancer diffus.

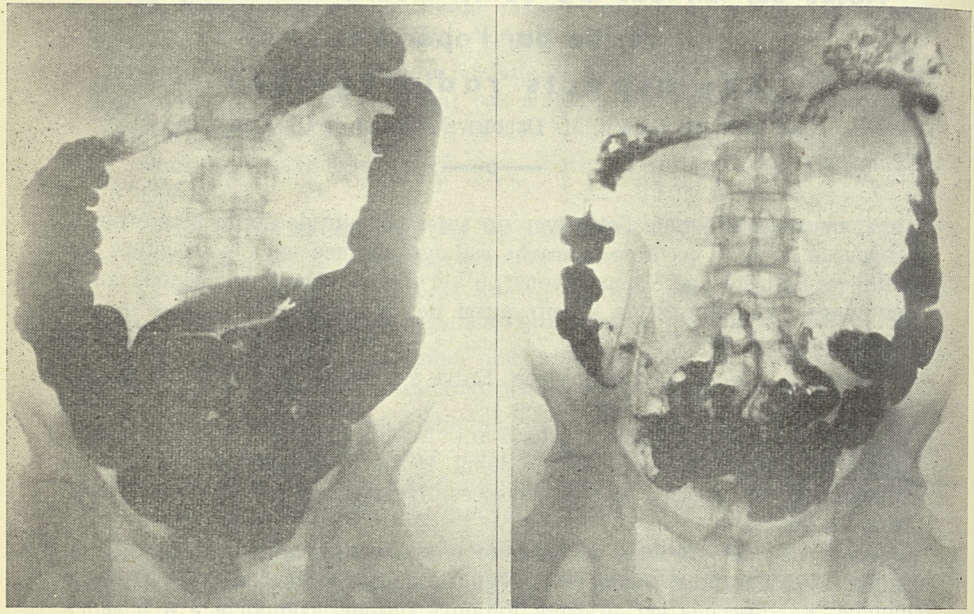
Un examen radiologique est pratiqué par lavement opaque le 27 janvier. Le côlon est entièrement rempli et notablement dilaté par le lavement.

Il existe à la partie moyenne du côlon transverse un segment qui n'a pas subi le remplissage et tranche par son aspect de zone limitée sur le reste de la silhouette colique. Une notable proportion d'anses grêles est occupée, la B. O. ayant reflué par la valvule iléo caecale.

Il est demandé un examen par ingestion de bouillie. Celui-ci est réalisé quelques jours après.

L'image obtenue 9 heures environ après l'ingestion de B. O. permet de recueillir les renseignements suivants :

Allongement très notable de la colonne opaque, celle-ci s'étendant de la zone grêle où de nombreuses anses sont encore remplies au côlon sigmoïde, irrégularité de remplissage Signes d'hypersécrétion. Signes de spasmes.



par lavement baryté par ingestion de B. O.

Cette image démontre qu'il n'existe pas d'obstacle.

Le malade est opéré au début de février. On découvre des lésions macroscopiques de la muqueuse situées principalement dans le caecum et à la fin du transverse.

Il est pratiqué une large résection qui va de la dernière anse iléale au tiers inférieur du descendant. La photographie de la pièce rend compte d'une partie des lésions diffuses repérées macroscopiquement.

L'examen histologique d'un fragment de la zone la plus lésée ainsi que d'un ganglion lymphatique est pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique de l'Institut Pasteur qui fournit le compte rendu suivant :

Fragment centré sur ulcération. — Le fond de l'ulcération est constitué par un tissu de granulation très inflammatoire (abondante infiltration lymphocytaire) qui repose sur une couche musculaire réduite de moitié par le processus ulcéreux.

La sous-séreuse est épaissie, fibreuse, les axes vasculaires sont entourés de manchons inflammatoires et les artères ont leur lumière réduite par un processus d'endartérite oblitérante.

Ulcus colique. Pas de lésions inflammatoires spécifiques, pas de lésions tumorales malignes.

Ganglion mésentérique : adénite subaiguë chronique.

Le malade meurt 15 jours après l'opération alors qu'il paraissait avoir subi sans dommage le choc assez important des premiers jours et être entré en convalescence.

Sa mort n'a été due à aucune complication apparente et a eu l'aspect d'un collapsus cardiaque.

CONCLUSIONS

Le diagnostic est donc : colite ulcéreuse simple ayant évolué avec une certaine lenteur.

Des deux images radiologiques présentées, celle qui nous a permis de poser les conclusions les plus importantes est celle par ingestion de bouillie opaque.

Elle a permis d'écarter l'hypothèse d'un obstacle, de rendre très improbable celle de cancer et a indiqué comme le plus probable celle de colite généralisée, la région du transverse étant particulièrement intéressée par les lésions.

Elle a permis de démontrer en même temps que conjointement à l'accélération d'évacuation de la tête du repas opaque qu'il existait de la stase intestinale et, particulièrement en ce cas, de la stase iléale.

L'image par lavement aurait pu faire croire à une diminution de calibre d'un secteur isolé du transverse, ce qui s'est révélé inexact.

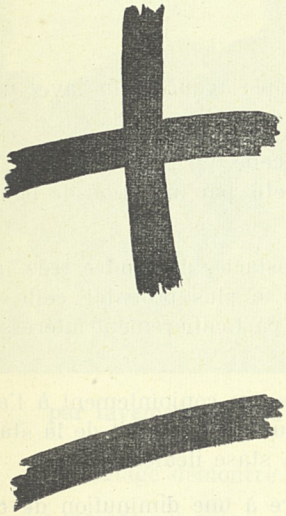
Elle pouvait faire supposer intact la plus grande partie du côlon.

Nous ne méconnaissons pas que dans cet examen la loi de la pluralité des images n'a pas été respectée, qu'au lavement on n'a joint ni l'étude de l'image après l'évacuation ni l'insufflation qui fournit dans les cas douteux tant de renseignements utiles.

Mais telles qu'elles sont ces études radiographiques nous paraissent intéressantes, d'abord parce que dans un certain nombre de cas on est amené à se décider sans complément d'observation, ensuite parce qu'il n'est pas fréquent d'avoir après diagnostic de colite, la vérification anatomique presque immédiate de la réalité ainsi que du degré et de la distribution des lésions.

C. O. B.

ASSOCIATION NOUVELLE
ATROPINE + HORDÉNINE



Augmente
l'action
inhibitrice
sympathique
(HORDÉNINE)

et

Diminue
l'action
motrice vagale
(ATROPINE)

ORIGINALITÉ : Dose quotidienne d'Atropine ramenée à
0 mg 2

DRAGÉES à avaler ou croquer
GRANULÉ AROMATISÉ

2 à 4 dragées, ou mesures de granulé, le matin à jeun et le soir au coucher.
ENFANTS : demi-doses - NOURRISSONS : une mesure de granulé par jour.

SPASMES DIGESTIFS

REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Laboratoires COUTURIEUX, 79 rue de Tocqueville, PARIS 17e - Wag. 45-06

O.V.P.

Deux cas d'ulcère peptique après gastrectomie traités par opération de Dragstedt

par R. Koskas, A. Hagège, S. Pietri

—o—

L'ulcere peptique post-opératoire est surtout rencontré après gastro-enterostomie, mais il n'est nullement exceptionnel après gastrectomie et son traitement pose alors des problèmes plus difficiles.

En effet si, dans certains cas l'apparition d'un ulcus peptique peut être imputée à une gastrectomie trop parcimonieuse laissant persister une partie du fondus et justiciable alors d'un élargissement de l'exérese gastrique, dans d'autres cas au contraire la résection de l'estomac a été correcte et il est aléatoire d'imposer au malade l'ablation à tout prix une autre partie du moignon gastrique voire même une gastrectomie totale, opération majeure grevée chez ces malades fragiles d'une certaine mortalité. Aussi a-t-on cherché à traiter cette complication si douloureuse et si pénible par un procédé moins mutilant et la vagotomie double créée par Dragstedt en 1943 répond la plupart du temps à ce but par la qualité des résultats obtenus.

L'opération de Dragstedt a de solides bases physiologiques. Lavarde dans un travail très complet sur ce sujet dans le Journal de Chirurgie de Janvier 1948 a repris une à une les différentes actions de la vagotomie bilatérale. En premier lieu son action secrétoire est indéniable puisque elle supprime la sécrétion psychique et la sécrétion gastrique continue qui sont d'origine vagale. Ainsi, l'opération de Dragstedt réduit l'hypéracidité gastrique qui semble être une des causes majeures de l'ulcère peptique. De plus on sait l'importance du facteur psychique agissant par l'intermédiaire des pneumogastriques comme causes favorisantes de l'ulcère ainsi que la fréquence d'un terrain hypervagotomique rencontré chez de nombreux ulcéreux.

La Vagatomie a une action spectaculaire sur la douleur qu'elle supprime presque instantanément. Le lendemain même de l'intervention les malades sont transformés et on assiste au bout de quelques jours à une véritable résurrection. Ce fait semble d'ailleurs en rapport non pas avec l'anesthésie due à la neurotomie, mais bien avec la réduction rapide de l'acidité gastrique.

Les deux observations qui vont suivre sont une nette illustration de l'action bienfaisante du Dragstedt sur l'ulcère peptique.

La première observation concerne un homme de 51 ans, M. R... C... entré dans le service le 11 février 1954.

Histoire clinique. — Ce malade souffrait d'un ulcère duodénal dont la première manifestation remontait à 1941. La poussée doulou-



FIG. 2



FIG. 1

reuse avait alors été soulignée par la survenue d'une hématémèse. Puis, s'installa une phase de sédation exceptionnellement longue, puisque le malade fut en parfaite santé pendant dix ans. Les symptômes douloureux réapparus en 1951 obligèrent à une gastrectomie qui fut pratiquée en Mars 1952. La technique adoptée fut celle du type FINSTERER avec anastomose transméso colique.

Le soulagement fut de brève durée et un mois et demi plus tard se manifestèrent des douleurs encore plus violentes et durables qu'avant l'intervention. L'intolérance gastrique alla croissant.

Une radiographie effectuée le 16 Février 1954 (cliché N° 1) montre une bouche gastro-jéjunale rétrécie, une jéjunite intense de l'anse anastomotique, ainsi qu'une grosse niche de cette anse à son abouchement avec le moignon gastrique. Ces symptômes confirment la réalité d'un ulcère peptique déjà soupçonné cliniquement par les signes fonctionnels et l'existence d'un point exquisement douloureux provoqué par la palpation dans la région para et sus-ombilicale gauche, correspondant à la zone de la bouche gastro-jéjunale.

Opération le 26 Février 1954. — (Dr KOSKAS) *Compte rendu opératoire.* — Incision médiane sur l'ancienne cicatrice. Il existe de nombreuses adhérences en particulier entre le côlon transverse et la face inférieure du foie. l'anastomose gastro-jéjunale est située très à gauche, elle est le siège d'un ulcus peptique qui forme un bloc scléreux difficile à libérer sous peine d'ouvrir l'ulcère.

On décide de pratiquer une section de deux pneumogastriques. Section à l'appendice typhoïde. Clivage d'un feutrage abondant entre foie et estomac. On libère l'œsophage abdominal. Section des deux nerfs. Hémostase. Fermeture en un plan au fil d'acier.

Suites opératoires. — Fait remarquable, le malade n'accuse plus la moindre douleur, dès le lendemain de l'intervention. Très rapidement il peut s'alimenter normalement et un mois après son opération il a engraissé de 9 Kg. Les seuls troubles dont il se plaigne sont par moments des poussées modérées de tachycardie avec extra systole et sensation d'oppression. Imputable à la vagotomie, ces symptômes demeurent discrets et ne gênent guère à la vie normale que le sujet est heureux d'avoir trouvée.

De nouvelles radiographiques le 16 mars 1954 et le 27 avril 1954 (cliché N° 2) montrent que l'aspect rétréci de la bouche gastro-jéjunale s'est considérablement amendée. La jéjunite s'est réduite notablement et on ne discerne plus la niche constatée avant l'intervention. Joints à la suppression des douleurs, ces signes radiologiques confirment que la maladie est pratiquement guérie.

Deuxième observation. — Monsieur C... S... âgé de 48 ans entre dans le service le 4 Mars 1954.



FIG. 4

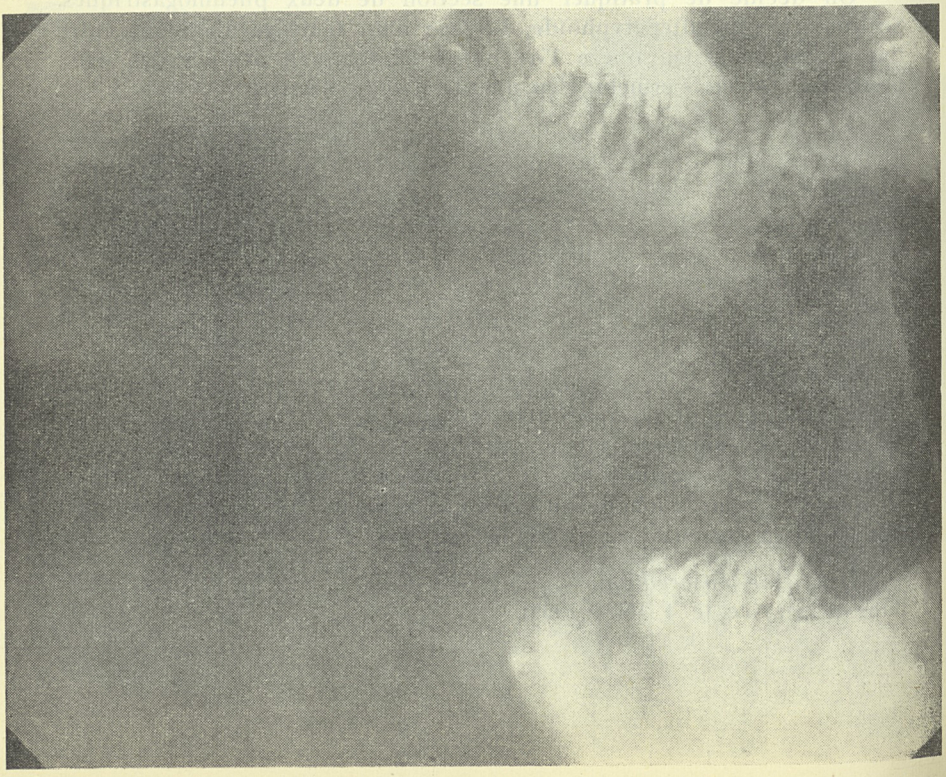


FIG. 3

Histoire clinique. — Il a été opéré le 28 Avril 1953 d'un ulcère duodénal dont il souffrait depuis plusieurs années. Il subit alors une gastrectomie par exclusion, avec anastomose pré-colique à anse longue. La sédation consécutive fut de 7 mois environ et au début de 1954 le malade se remet à accuser des douleurs de l'hypochonde gauche assez nettement rythmées par les repas. Il déclare en outre avoir très souvent des selles noires, ce qui laissait soupçonner un processus hémorragique doublant les symptômes douloureux. Là encore ne manquait pas ce fidèle signe physique de l'ulcère peptique qui est la découverte d'un point particulièrement douloureux à la palpation de la région anastomotique.

Des radiographies faites le 9 mars 1954 (cliché N° 3) confirmèrent l'existence de lésion en montrant un aspect de jéjunite fortement accusé ainsi qu'une grosse niche siégeant, non loin de l'extrémité droit de la bronche, sur l'anse jéjunale, probablement dons son versant afférent.

Opération le 19 mars 1954. — (Dr Koskas).

Incision médiane repassant par l'ancienne cicatrice. Il s'agit bien d'un ulcère peptique situé sur le bord de l'anastomose gastro-jéjunale. A ce niveau, il existe une adhérence intime du bloc scléreux de l'ulcère avec la face inférieure du foie. Sans toucher à l'ulcère on procède au dégagement de l'œsophage abdominal. On sectionne les nerfs pneumo-gastriques droit et gauche qui sont divisés à ce niveau en plusieurs branches. La région est très vascularisée et une hémostase soigneuse est nécessaire. Fermeture de la paroi en 3 plans aux nylons.

Suites opératoires. — De même que le malade précédent, celui-ci bénéficie d'un soulagement instantané qui se prolonge jusqu'à ce jour. Il fut, à vrai dire, coupé par un épisode douloureux isolé survenu le 18 avril et de brève durée (24 heures). On ne put attribuer à cet accident une étiologie précise, mais il semble, légitime d'écarter jusqu'à plus ample informé une reprise évolutive, tout au moins « sérieuse », de l'ulcère peptique, puisque la douleur n'a pas repris jusqu'à ce jour, que le malade se trouve en parfaite santé et que des clichés pratiqués les 30-3-54 et le 6-4-54 ne permettent plus de retrouver la niche constatée précédemment (cliché N° 4).

Remarques concernant ces deux observations :

1° Il s'agit de deux ulcères peptiques survenus après des gastrectomies de type différent: l'une selon le procédé classique de Finsterer, l'autre avec anastomose précolique à anse longue après exclusion de l'ulcère duodénal. On ne peut certes, si on se limite aux constatations que comportent ces deux seuls cas, incriminer valablement l'une ou l'autre méthode. L'avenir montrera sans doute dans quelle mesure on peut être fondé à la faire;

2° Dans l'un et l'autre cas, l'ulcère peptique est survenu très précocement après l'intervention première. Il nous a paru, selon notre propre expérience, qu'il en était très souvent ainsi;

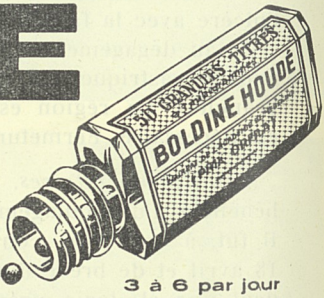
3° Dans l'un et l'autre cas, le résultat de la vagotomie double a été spectaculaire, tant cliniquement que radiologiquement.

Le problème du traitement des ulcères peptiques après gastrectomie a été dans ces dernières années longuement étudié par d'assez nombreux chirurgiens notamment en France par Bergeret, Cherrier, Banzet, Banaya, Delannoy, Hepp et en Tunisie par Demirleau (mem. Acad. Chir. 72-29. 30. 31. 503).

Conclusion.

Nous pensons quant à nous que l'évolution ultérieure apportera une preuve nouvelle de l'excellence de l'opération de Dragstedt dans la cure de l'ulcère peptique après gastrectomie.

BOLDINE HOUDÉ



GRANULES TITRÉS à 1 milligramme

3 à 6 par jour

FOIE

LITHIASE BILIAIRE
CONGESTION DU FOIE
HYPERTROPHIE DU FOIE
INSUFFISANCE HÉPATIQUE

Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

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

Le glutamate et l'art culinaire

(avec démonstrations)

par le Dr Eric Loewy à Tunis

La pratique culinaire européenne a introduit, depuis quelques années, l'usage du « Glutamate » de Sodium dans la préparation des aliments. L'utilisation de ce produit est cependant limitée, principalement, à certaines spécialités, tels que soupes, bouillons, potages, préparées à l'avance et vendues desséchées.

Les publications sur le « Glutamate » sont fort discrètes. Elles se limitent à de rares articles dans les périodiques de chimie alimentaire et certains journaux de vulgarisation. Elles font défaut dans les écrits de physiologie ou de diététique.

Le « Glutamate » de Sodium est un condiment dont la propriété essentielle consiste, semble-t-il à permettre à notre goût de sentir avec plus d'intensité, la saveur des aliments, sans communiquer à ces derniers sa propre saveur.

Son mode d'action est peu connu. Il semble cependant qu'il agisse sur les papilles gustatives en les rendant hypersensibles.

Des études physiologiques et culinaires plus approfondies sont indispensables pour nous révéler toutes les propriétés et tous les effets du « Glutamate ». Mais l'intérêt qu'il suscite d'ores et déjà, laisse prévoir que ce produit ne tardera pas à être pris en main pour une étude sérieuse et complète par quelques techniciens de bonne volonté.

Il est encore permis de prévoir un emploi généralisé du « Glutamate » dans la cuisine, grâce à sa propriété de rendre certains mets plus agréables au goût.

Son utilité se dessine donc déjà nettement, car les préparations savoureuses sont plus profitables et d'une assimilation plus facile que les préparations quelconques. Il sera en particulier d'un grand secours aux malades, adultes et enfants sans appétit qui accepteront plus volontiers une suralimentation, ou une alimentation de régime flattant le goût.

Il serait souhaitable en prévision de l'essor futur du « Glutamate », que l'industrie française mette au point une technique de fabrication qui permettrait la vente en vrac et à un prix raisonnable de ce produit.

EUNOCTAL

iso-amyl-éthyl-malonylurée et son sel sodique

l'hypnotique qui procure

sommeil paisible, réveil euphorique

- **INSOMNIES**
- **NERVOSISME**

ROUSSEL

agent spécifique des

- **CURES DE SOMMEIL**
- **NARCO-ANALYSES**

COMPRIMÉS	AMPOULES	SUPPOSITOIRES
à 0,01 - 0,05 - 0,10 gm.	injectables par voie I. V. 0,25 gm. - 0,50 gm.	à 0,20 gm.

Remboursable par la S. S. et agréé par les Collectivités

LES LABORATOIRES ROUSSEL
97, Rue de Vaugirard — 89, Rue du Cherche-Midi
PARIS (VIe)

ALGER : Laboratoires ROUSSEL, 28, rue Clauzel.
TUNIS : O.S.P., 10, rue Amilcar.
CASABLANCA : Sté Maroc des Lab ROUSSEL, 48, rue Nationale.
SAIGON : Laboratoires ROUSSEL, 26, rue Lagrandière.
AUTRES PAYS DE L'UNION FRANÇAISE : Adresser les demandes aux Laboratoires ROUSSEL, 89, rue du Cherche-Midi, PARIS (VIe)

Quelques constatations concernant en particulier les effets à court terme de deux cures de sommeil chez sujets présentant des troubles importants de la fonction digestive et probablement des altérations organiques

par MM. LAMARCHE, DELORT, RICOUX, ROUSSEL, TEDESCHI, BORSONI

—o—

Il nous a été donné d'observer deux cures de sommeil et leurs résultats chez des sujets atteints de troubles digestifs, dont les symptômes avaient été depuis longtemps notés et pour lesquels, après chacune des cures, il nous a été possible de reprendre les contrôles.

Le 1er CAS est celui d'un Tunisien Musulman atteint de colites parasitaires et de gastrose qui se présente à la consultion de gastro-entérologie de l'Hôpital de la Libération (Service du Dr DANA dirigé par le Dr BORSONI) en février 1952.

Il rapporte des troubles dyspeptiques ayant débuté il y a une douzaine d'années, consistant en douleurs au creux épigastrique, ballonnements, émissions de gaz, vomissements. Il a, dit-il, ces douleurs en permanence Il est impossible de leur découvrir un rythme, elles passent par des maxima mais ne présentent pas d'accalmies. Cet homme qui a environ 25 ans serait malade depuis l'enfance. Il a également des douleurs de ventre et présente des périodes diarrhéiques tranchant sur une tendance habituelle à la constipation.

Quelques examens sont faits à l'occasion des diverses consultations : examen radiologique à l'Hôpital de la Libération qui montre une gazocolie assez importante, une silhouette gastrique de conformation voisine à la normale et un transit de la 6e heure également sans anomalies (estomac vide, B. opaque occupant le grêle et le caecum). Vers la même époque est pratiqué un examen chimique du suc gastrique : on y note une acidité totale d'acmé un peu précoce voisine de la normale. Un hémogramme comporte la présence de 4 % d'éosinophiles.

Un deuxième examen chimique est pratiqué au début d'avril 1952 par M. SARFATI.

Cet examen, comme tous ceux qui vont suivre est fait par moyen du repas peptoné, salicylé de DELORT et VERPY prélevé en série au moyen de la sonde d'Einhorn. Il donne les indications suivantes :

0	=	A : 1,3	H : 0,6	AS : 0
0 + 20	=	0,8	0,8	0
10	=	1,2	0	+++
20	=	1,6	0	++
30	=	1,7	1,2	0
40	=	1,8	1,4	0
50	=	2,3	1,9	0
60	=	1,5	0,7	0
90	=	1,3	0	0

soit : présence de liquide à jeûn légèrement hyperacide.

Hyperacidité, acmé normale, évacuation rapide.

Une recherche des parasites dans les selles indique (Institut Pasteur) : présence d'amibes dysentériques et de trichomonas. Il paraît donc s'agir d'une colite parasitaire peu active avec réaction gastrique avec hyperacidité.

Les traitements appliqués au cours de l'année 1952 et du début de l'année 1953 sont : désinfection intestinale, lavage d'estomac, légère purgation quand il présente des signes d'encombrement.

Le malade revient néanmoins régulièrement à la consultation prétendant beaucoup souffrir et affirmant que les divers traitements lui apportent peu d'amélioration. Nouveau prélèvement de suc gastrique dont les résultats sont les suivants (le 15 janvier 1953) :

0	=	A : 3,5	H : 2,9	AS : 0
0 + 20	=	2,20	2,05	0
10	=	2,35	1,30	++++
20	=	2,90	2,35	+++
30	=	3,05	2,65	+++
40	=	2,90	2,65	+++
50	=	3,20	2,90	+
60	=	3,20	2,90	0
90	=	3,35	3,05	0

Hyperacidité plus marquée que dans le précédent chimisme, évacuation normale. 2 acmés : une précoce à la 30e minute, une très tardive constituant l'aspect dit de « chimisme ascendant » lié à une stase tardive de l'estomac.

Un nouvel examen hématologique est réalisé à l'Hôpital Ch. Nicolle, il révèle : 5.053.000 hématies, 11.625 leucocytes, 17 % d'éosinophiles.

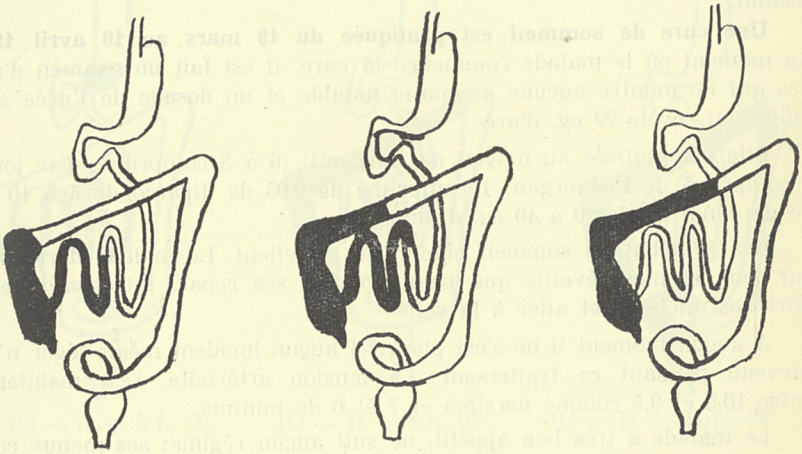
Examen radioscopique avec transit en quatre temps est pratiqué le 7 avril 1952 par MM. Tedeschi et Borsoni :

R. 1 — 9 h. Estomac étiré. Légère hypersécrétion. Duodénum normal. Anses grêles.

R. 2 — 14 h. 30 (H. + 5 h. 30). Estomac vide. Dernières anses iléales. Caecum et demi ascendant. Angle colique droit.

R. 3 — 17 h. 45 (H. + 8 h. 45). Anses grêles. Caecum bien imprégné. Côlon ascendant.

R. 4 — 10 h. (H. + 25 h.). Caecum très bas, ascendant + angle droit, tiers du transverse.



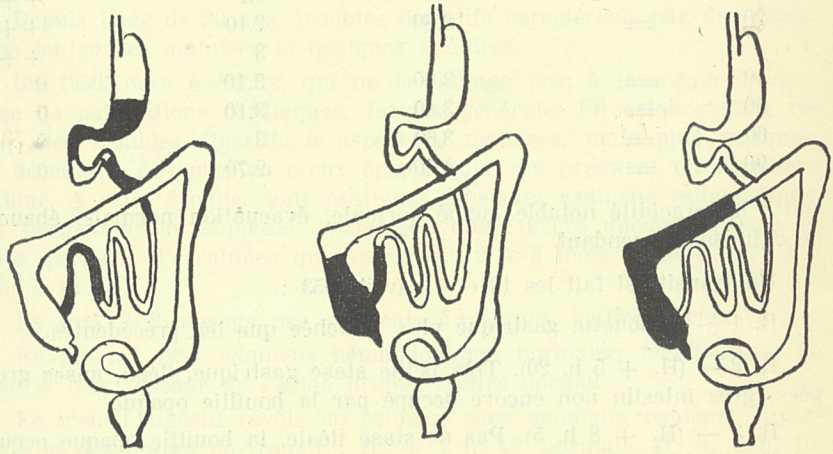
R2 — H + 5 h. 30 R3 — H + 8 h. 45 R4 — H + 25 h.

soit légère hypersécrétion gastrique
stase iléale — stase colique droite

Un autre examen du transit est pratiqué les 11 et 12 mars 1953 :

R. 1 — Tous les éléments scopiquement normaux.

R. 2 — (H. + 5 h. 15). Légère stase gastrique.



R2 — H + 5 h. 15 R3 — H + 9 h. 15 R4 — H + 24 h. 15

R. 3 — (H. + 9 h. 15). Iléon et caecum ascendants (la stase iléale est peut-être due au fait que pour reconnaître l'ombre gastrique on a donné une petite quantité de baryte.

R. 4 — (H. + 24 h. 15). Ascendant, transverse (traces), sigmoïde, rectum.

Une cure de sommeil est pratiquée du 19 mars au 10 avril 1953. Au moment où le malade commence la cure, il est fait un examen d'urines qui ne montre aucune anomalie notable et un dosage de l'urée sanguine qui révèle 29 cg. d'urée.

Elle est réalisée au moyen de Largactil (6 à 8 comprimés par jour). 1 comprimé de Phénergan, 1 comprimé de 0,05 de diparcol,de 5 à 10 cg. de gardénal ou de 20 à 40 cg. d'eunoctal.

Dès le début, le sommeil obtenu est excellent. Le malade dort 20 h. par jour et n'est éveillé que pour prendre ses repas, faire sa toilette, faire ses mictions et aller à la selle.

A aucun moment il ne s'est plaint et aucun incident même léger n'est survenu pendant ce traitement. La tension artérielle s'est maintenue entre 10,5 et 9,5 comme maxima et 7 et 6 de minima.

Le malade a très bon appétit, ne suit aucun régime; ses menus comportent des viandes en sauce, de la salade russe, des légumes au gratin, de l'oignon, des vinaigrettes, etc... Aucun régime spécial ne lui est attribué.

Il sort de la cure reposé, ne se plaignant plus de l'estomac.

Les contrôles sont repris et nous vous apportons un chimisme gastrique pratiqué le 14 avril 1953 par André ZÉRAH et qui comporte :

0	=	A : 3,10	H : 2,50	AS : 0
0 + 20	=	2,50	2	0
10	=	1,6	0,2	+++
20	=	2,80	2,10	+++
			3	+++
40	=	3,80	3,10	0
50	=	3,80	3,10	0
60	=	3,60	3	0
90	=	3,40	2,70	0

soit : hyperacidité notable, acmé normale, évacuation normale, ébauche de chimisme ascendant.

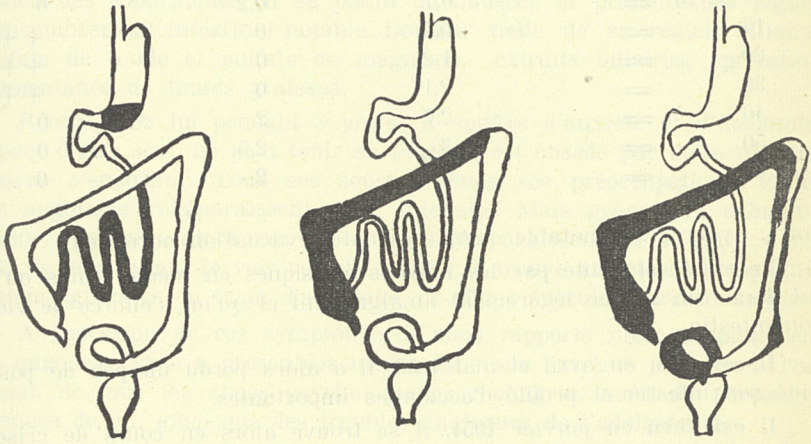
Un transit est fait les 13 et 14 avril 1953 :

R. 1 — Silhouette gastrique plus relâchée que les précédentes.

R. 2 — (H. + 5 h. 20). Très petite stase gastrique, iléon, anses groupées, gros intestin non encore occupé par la bouillie opaque.

R. 3 — (H. + 8 h. 5). Pas de stase iléale, la bouillie opaque occupe le côlon du caecum à l'ange gauche, elle est fragmentée (hyperkinerie), ne présente pas d'image d'hypersécrétion.

R. 4 — (H. + 23 h. 45). Tête du repas dans la sigmoïde, le reste occupe du caecum à l'angle gauche.



R2 — H + 5 h. 20 R3 — H + 8 h. 05 R4 — H + 23 h. 45

Le 2e CAS est celui d'un Français de 48 ans, atteint d'ulcus du duodénum et de troubles biliaires, ainsi que de troubles psychiques.

Il se présente à la consultation le 6 mai 1952. Il a 46 ans. On note dans ses antécédents héréditaires une certaine fragilité psychique de sa mère, laquelle avait, rapporte-t-il des dépressions nerveuses importantes. Ses antécédents personnels comportent : séjour au Levant et en Afrique du Nord; paludisme en 1933 dont le dernier accès se place en 1936 ou 1937; dysentérie en 1935; douleurs articulaires fréquentes, céphalées, quelques migraines.

Depuis l'âge de 30 ans, troubles digestifs caractérisés par des digestions lentes des malaises et quelques brûlures.

En 1950, cure à Vichy, qui ne le soulage pas; à la même époque, crise de palpitations cardiaques, fatigue générale. En octobre 1950, reprise des troubles digestifs à aspect de malaises, mais plus marqués. En décembre, douleurs au creux épigastrique qui prennent un caractère rythmé. A cette époque, sont pratiqués plusieurs examens radiologiques qui permettent de supposer l'existence d'un ulcère duodénal. Dans la suite, périodes d'accalmies qui atteignent 2 à 3 mois : obésité (76 kg. pour 1 m. 69)

En mai 1952, dosage des pigments du sérum, chiffre normal.

En janvier 1953, examens hématologiques normaux; métabolisme de base + 5 %; dosage de l'acide urique, chiffre normal.

Le transit digestif révèle un estomac sans anomalie scopique importante et des étapes de transit : H. + 4 h. 40 normale; H. + 9 h. 10, normale; H. + 23 h. 50, stase dans la totalité du côlon.

Le chimisme gastrique le 21 janvier 1953 (procédé et repas déjà exposés) révèle les chiffres suivants :

0	=	A : 1,40	H : 0,7	AS : 0
0 + 20	=	0,7	0,2	0
10	=	0,5	0	+ ++
20	=	1,2	0	+++
30	=	2,1	0	+++
40	=	2,7	2	0
50	=	3	2,5	0
60	=	2,5	2	0

soit : hyperacidité notable, acmé normale, évacuation normale.

Le sujet est traité par les moyens classiques en même temps qu'on lui donne un régime légèrement amaigrissant et qu'on s'efforce de vider son intestin.

Il est revu en avril et mai 1953, il a alors perdu un peu de poids, vidé son intestin et profité d'accalmies importantes.

Il est revu en janvier 1954, il se trouve alors en cours de crise : mauvais sommeil, réveil à 1 ou 2 heures du matin, quelques vomissements.

L'hémogramme, le dosage des pigments du sérum, la constante d'Ambard se montrent normaux.

La cure de sommeil est établie du 6 au 27 février 1954. Elle est plus difficile à réaliser, car il s'agit d'un intellectuel inquiet, homme très actif qui n'arrive pas à oublier ses préoccupations et son travail.

Il ne se soumet pas sans résistance à la discipline que l'on exige de lui (volets fermés, interdiction de se lever sans appeler l'infirmière de garde, etc...). Toutefois avec des doses relativement faibles de médicament on obtient un sommeil léger de 16 à 18 heures par jour. Les médications employées ont été : Largactil, 6 à cgr. par jour; Eunoctal, 6 à 8 comp. à 0 gr. 10 par jour; Supponéryl, 1 suppos. le soir.

La tension s'est maintenue entre 12 et 7 et 9 et 7.

Le cœur est régulier, à bruits bien frappés. Le pouls entre 76 et 84.

La diurèse varie entre 1 l. 200 et 2 l. 200. La température rectale a toujours été totalement normale.

Dès le début le malade éprouve une amélioration très grande. Il est reposé, n'a plus aucune angoisse, absorbe avec appétit le régime ordinaire de la clinique qui est très riche et comporte des sauces et des fritures.

Dès les premiers jours, les douleurs qui le réveillaient la nuit ont disparu.

Vers le 15 février on note un certain encombrement intestinal que l'on combat par un mucilage et un peu de magnésie.

Dans les derniers jours nous avons été obligés d'augmenter les doses de soporifiques et de donner un comprimé de diparcol. Le malade se

trouve alors au réveill dans un état euphorique avec un peu de confusion et une démarche ébrieuse.

La cure est arrêtée progressivement. Dès le lendemain de la diminution des soporifiques, il se plaint de nausées et présente des signes d'encombrement intestinal notable. Douleur nette de sa région biliaire. Sulfate de soude et sulfate de magnésie, extraits biliaires, privation momentanée de toutes graisses.

Rentré chez lui pendant 3 jours, il souffre d'anxiété et d'insomnie, a peur d'être seul, ne peut tenir en place et est obsédé par l'idée qu'il ne pourra s'endormir. Tous ses soucis, toutes ses préoccupations, toutes ses angoisses réapparaissent avec intensité. Mais grâce aux calmants légers appliqués alors ces symptômes disparaissent et 4 jours après l'un de nous allant le voir vers 20 heures le trouve attablé en compagnie d'amis agréables en train d'apprécier un dîner succulent arrosé de vin...

A l'occasion de ces symptômes il nous rapporte plus complètement les angoisses qu'il a présentées même dans son extrême jeunesse à l'occasion de tous les chocs psychologiques : chagrin, mort de personnes connues de lui, ainsi que des troubles analogues de l'adolescence.

Du point de vue digestif un léger retour de troubles motive un tubage duodénal qui le débarrasse des dernières nausées et lenteurs digestives.

Un examen du suc gastrique est fait à cette époque et donne les résultats suivants :

0	=	A : 3,2	H : 2,7	AS : 0
0 + 20	=	1	0,7	0
10	=	0,8	0	+++
20	=	1,7	1,2	+++
30	=	2	1,6	+++
40	=	3,1	2,5	+++
50	=	3	2,5	+++
			2,5	0
90	=	2	1,5	0

soit : présence de liquide à jeûn, très hyperacide.

Hyperacidité notable, acmé normale, évacuation normale.

Vers les premiers jours de mars il a jouit d'une complète santé, ne présentant plus aucun symptôme digestif ni psychique et part en convalescence dans son pays natal.

CONCLUSIONS

Nos malades ont été améliorés fonctionnellement. Ils ne souffrent plus et ne font plus attention à leur régime.

Leur état général est amélioré.

Ils restent des « nerveux », mais fixent sur d'autres organes leurs préoccupations hypochondriaques.

La cure n'apporte aucune modification, au moins à court terme, ni à l'état anatomique du secteur digestif intéressé, en l'espèce : 1° l'estomac; 2° l'intestin; 3° voies biliaires; ni à l'état fonctionnel de base des sécrétions gastriques, qualité et quantité; ni au transit des différents secteurs, étant bien entendu que par principe nous ne tenons compte que des différences importantes, car il est toujours possible de noter avec complaisance de petites différences.

Elle apporte au contraire une modification rapide et importante à la réaction morale et physique générale du sujet.

Cet effet paraît répondre à cette vérité très anciennement connue que les troubles digestifs influent notablement sur l'état psychique, l'état général et la résistance des sujets qui en sont porteurs.

Le deuxième des sujets étudiés (celui d'ailleurs suivi de plus près) nous a permis de constater qu'à la fin de la cure et au moment où un « digestif » particulièrement sensible sort de cet état toxique provoqué, il peut présenter des complications biliaires digestives et nerveuses se rapportant à l'encombrement biliaire et à l'encombrement intestinal pour lequel on devra sans doute envisager un traitement médical préventif dans presque tous les cas.

Il sera de l'ordre du drainage intestinal par purgatif et du drainage biliaire par tubage duodénal.

Il nous a démontré le retour possible chez un sujet particulièrement prédisposé des angoisses multipliées par ces légers accidents normaux de fin de cure facilement enrayés d'ailleurs par procédés psychothérapique, légère médication calmante et même quelques soporifiques.

Nos deux malades ont changé de visage et notamment le premier malade qui se plaint toujours mais n'a plus l'aspect angoissé des premiers examens.

Pour le sujet numéro 2, nous n'avons que quelques semaines de recul, mais pour le premier nous en avons un an et le changement d'aspect demeure.

Nous pensons que cette cure faite très doucement, non seulement n'a aucun inconvénient, mais encore a une notable efficacité. Elle réduit la maladie digestive à sa vérité première en la débarrassant de tous les aspects surajoutés et pourra permettre dans certains cas d'éviter certaines décisions que la torture morale du sujet imposerait alors que la lésion ne les impose pas.

SEDOPIAN

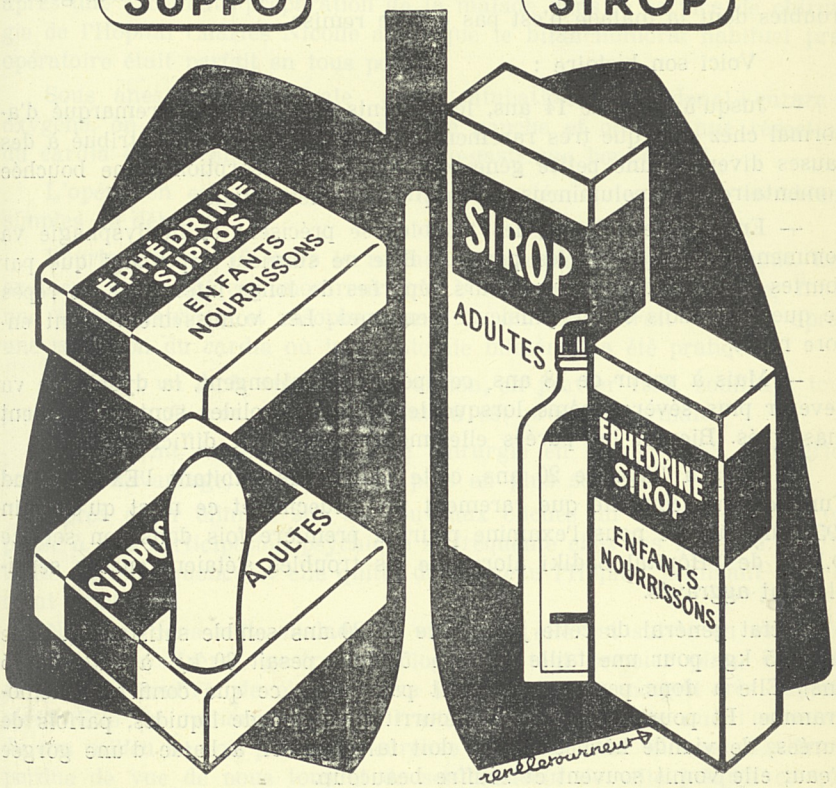
"l'atout contre la toux"

SEDATIF • EXPECTORANT • EUPNEIQUE • OREXIQUE

Rend à l'organisme la faculté d'intensifier ses réactions de défense

2 PRESENTATIONS

SUPPO **SIROP**



COMBAT L'ELEMENT INFECTIEUX

MORDANCE L'ACTION DES ANTIBIOTIQUES

REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE

Echantillons et littérature sur demande

REPRIME LE REFLEXE TUSSIGENE

INCISE L'HYPERCRINIE BRONCHIQUE

SOCIÉTÉ EXPANSION **SEXTA** THERAPEUTIQUE APPLIQUÉE

20 RUE BRAUHAUBAN TARBES • Htes PYRÉNÉES

Représentants-dépositaires :

TUNISIE : M. Lucien SAADA, Pharmacien - 42, Av. Garros — TUNIS

ALGERIE : Ets Pharmaceutiques DIAZ - 2, Av. du 9e Zouaves — ALGER

MAROC : Ets Pharmaceutiques DIAZ - 104, Bd de Bordeaux - CASABLANCA

Accidents de dénutrition gravissime après résection du cardia pour méga-œsophage

par les Drs Léon Moatti, Jean Demirleau et Yvan Boulakia

——o——

Nous vous présentons l'observation d'une jeune fille de 22 ans, porteuse d'un cardiospasme avec méga-œsophage chez qui une résection du cardia après échec des dilatations instrumentales entraîna de très graves troubles dont la malade n'est pas encore remise.

Voici son histoire :

— Jusqu'à l'âge de 14 ans, les parents n'avaient rien remarqué d'anormal chez elle, que très rarement un vomissement isolé attribué à des causes diverses, une petite gêne épisodique à l'absorption d'une bouchée alimentaire trop volumineuse et trop rapidement avalée.

— Entre 14 et 18 ans, les troubles se précisent et la dysphagie va commencer à inquiéter les parents. Elle ne survient cependant que par courtes périodes de quelques jours séparées de longs intervalles de repos de quelques mois ou de plusieurs semaines. Les vomissements sont encore rares.

— Mais à partir de 18 ans, ces périodes s'allongent, la dysphagie va devenir plus sévère, même lorsque les aliments solides sont longuement mastiqués. Bientôt les purées elles-mêmes passeront difficilement.

— Jusqu'à l'âge de 20 ans, cette jeune fille habitant l'Extrême-Sud Tunisien, n'a consulté que rarement un médecin, et ce n'est qu'en juin 1951 que l'un de nous l'examine pour la première fois dans son service O.R.L. de l'Hôpital Sadiki alors que les troubles s'étaient encore sensiblement aggravés.

L'état général de cette jeune fille de 20 ans semble satisfaisant. Elle pèse 55 kg. pour une taille de 1 m. 58 (elle pesait 60 kg. à l'âge de 15 ans). Elle a donc peu maigri, n'est pas pâle : ce que confirme l'hémogramme. Et pourtant elle ne se nourrit plus que de liquides, parfois de purées, de viande hâchée qu'elle doit faire passer à l'aide d'une gorgée d'eau; elle vomit souvent et souffre beaucoup.

Un examen radiographique est fait, qui montre un cardiospasme avec méga-œsophage remontant très haut en forme de chaussette.

L'œsophagoscopie montre des parois œsophagiennes normales et le tube est arrêté au niveau du cardia, à 37 cm. des arcades dentaires.

Cette malade est alors soumise au traitement suivant : dilatations 2 fois par semaine, belladone et anti-nervins tous les jours.

Le traitement l'améliore certes, mais l'amélioration ne dépasse pas les 36 ou 48 heures qui suivent la dilatation.

Elle est ainsi traitée durant 15 mois, jusqu'en octobre 1952 avec des périodes d'amélioration ou d'aggravation transitoires. Tout arrêt du traitement dépassant 1 semaine (négligence de la malade, séjour auprès des siens à Tozeur), nous oblige à reprendre la thérapeutique à son début.

Mais en octobre 1952, cette jeune fille recommence à souffrir, à vomir, alors que le traitement n'était pas interrompu et surtout elle maigrit. Sa mère a laissé 10 autres enfants dans son village pour accompagner cette fille et pour toutes ces raisons nous décidons d'intervenir chirurgicalement.

L'intervention choisie fut une résection du cardia. Elle fut faite après une excellente préparation de la malade dans le service de chirurgie de l'Hôpital Charles Nicolle alors que le bilan humoral habituel préopératoire était parfait en tous points.

Sous anesthésie générale avec intubation au nesdonal + curare + oxygène, on passe par voie thoracique gauche et on fait une résection du cardia et une anastomose œsophago-gastrique bout-à-bout.

L'opération est remarquablement supportée et les suites semblent simples au début.

Pourtant après 10 jours la malade souffre de nouveau et vomit. Les examens radiologiques montrent une bouche suffisamment large, mais une stase gastrique et œsophagienne, ce qui ne saurait étonner après une résection du cardia où la vagotomie bilatérale a été pratiquée.

Elle sort un mois après l'intervention, en janvier 1953, souffrant toujours mais améliorée, car l'alimentation est presque normale.

Elle revient dans le service de chirurgie en février 1953, amaigrie, souffrant davantage, vomissant de plus en plus souvent.

Après avoir éliminé sur de nouveaux clichés un ulcus peptique, on pense à une participation psychique si fréquente chez ces malades. On la traite en conséquence et elle quitte de nouveau l'Hôpital semblant légèrement améliorée.

Nous perdons cette malade de vue mais elle est suivie en ville par un de nos confrères, gastro-entérologue de tout premier plan, car elle se remet à souffrir de plus en plus intensément et maigrit très rapidement. Elle est remarquablement traitée. Mais il semble que l'influence de son milieu ne soit pas très heureuse pour son état. Elle est d'ailleurs perdue de vue de nous tous et de son médecin de ville jusqu'à ce que nous la voyons réapparaître six mois après son opération, en juin 1953, pour se faire admettre au service O.R.L. de l'Hôpital Sadiki.

Elle est alors dans un état cachectique impressionnant. Elle ne pèse plus que 27 kg., souffre atrocement, et vomit chaque jour non seulement les liquides qu'elle prend mais encore du sang noir et ces hématémèses sont associées à un important mélœna-pluri quotidien.

L'hémogramme montre une importante anémie à 2.000.000 de globules rouges avec 6.000 globules blancs et une formule leucocytaire normale; les chlorures, les protides sont très abaissés.

Un traitement d'urgence est aussitôt institué :

Transfusions quotidiennes de sang isogroupe;
Sérum physiolgique et glucosé;
Extrait de foie et vitamines B12;
Vitamines A, C et complexe vitaminique B;
Protéolysat Intra-veineux;
Lavements nutritifs;
Opiacés et atropine.

Sitôt que l'état le permet, une alimentation liquide est reprise sous forme de lait additionné d'un régime de synthèse et de nouveaux examens sont refaits.

L'œsophagoscopie montre une muqueuse œsophagienne normale et le tube passe aisément la zone opérée jusqu'au versant gastrique.

De nouvelles radiographies ne montrent toujours pas d'ulcère peptique mais une importante inflammation au niveau de la bouche avec un liquide de stase et un ralentissement du transit.

Le traitement et le régime de plus en plus enrichi, sont poursuivis durant 2 mois pendant lesquels cette malade que nous pensions perdre les premiers jours avait péniblement repris 4 kg., mais ne souffrait plus que très modérément et vomissait de plus en plus rarement et de moins en moins abondamment.

Elle quitte l'Hôpital le 31 août 1953 avec un poids de 31 kg., et elle revient nous voir une fois par semaine pour être examinée, pesée, et recevoir 300 gr. de sang frais. Elle atteint ainsi le poids de 34 kg., mais elle se remet bientôt à souffrir de nouveau, à vomir ses aliments, à avoir des hématémèses et du mélœna.

Nous décidons alors à pratiquer une jéjunostomie pour l'alimenter, mettre son estomac et son œsophage au repos et pour vérifier l'état de ces organes.

On ne trouve rien à l'intervention qui puisse expliquer tous ces troubles.

Les suites opératoires sont bonnes. Nous faisons nourrir notre malade seulement par le tube de jéjunostomie les 15 premiers jours, et ensuite également par les voies naturelles.

L'opération a supprimé douleurs et vomissements durant près d'un mois. Mais ils réapparaissent, plus supportables qu'auparavant, et la reprise pondérale étant insignifiante (1 kg.), nous décidons d'isoler cette malade de sa famille en l'hospitalisant, seule dans une chambre, dans le service de médecine de l'Hôpital Charles Nicolle (Service du Dr Benmussa). Nous ajoutons au traitement et au régime des ganglioplégiques (clorpromazine) dans l'espoir d'éliminer tout facteur psychique.

Actuellement elle ne pèse encore que 35,5 kg., avec de petites améliorations de son état, pendant lesquelles son poids atteint transitoirement 37 kg. Elle souffre souvent, vomit 4 à 5 fois par semaine, présente

une petite hématémèse tous les 6 à 10 jours et plus rarement un mélœna. Elle est toujours hospitalisée.

*
* *

C'est donc un grave échec de la résection du cardia que nous vous présentons.

Nous avons cru devoir pratiquer cette intervention malgré un grand nombre de succès personnels du chirurgien obtenus par l'opération de Heller parce qu'il nous était apparu que la proportion de récidives était assez notable, parce que la résection du cardia avait été préconisée soit d'emblée par certains auteurs, soit après échec des œsophagotomies extra-muqueuses par d'autres auteurs comme M. le Prof. D'ALLAINES et M. LORTAT-JACOB et aussi parce que le chirurgien avait déjà exécuté une résection du cardia dans un autre cas absolument superposable à celui-ci avec des résultats remarquables en tous points.

Cet échec nous incite à reviser notre opinion sur cette opération qui constitue certes une brillante performance chirurgicale, mais qui nous paraît trop dangereuse maintenant pour des résultats trop aléatoires.

Nous pensons qu'il convient d'avoir en matière de chirurgie du méga-œsophage par cardiospasme une position très éclectique.

Il nous semble que — une fois l'indication opératoire posée (ce qui représente selon les statistiques 15 à 25 % des cas de cette affection) — l'opération de Heller doit constituer l'opération de choix et de principe du méga-œsophage.

De tous les types d'interventions proposés, l'œsophagotomie extra-muqueuse est en effet la plus bénigne; rendant très souvent d'immenses services.

Mais il faut qu'elle obéisse aux conditions suivantes que M. le Prof. SANTY, qui a opéré plus de cent cas, estime essentielles :

— une libération très étendue du cardia et du méga-œsophage, très haut dans le médiastin pour réaliser l'énervation périphérique;

— une myotomie faite sur une très grande hauteur pour réaliser l'énervation intra-murale;

— une hémostase parfaite pour éviter l'hématome sous-diaphragmatique, source de sclérose tardive.

Dans ces conditions il n'est pas utile de sectionner également les vagues en raison de la fréquence d'état d'atonie et de dilatation gastrique considérables.

Ce n'est que lorsque cette opération se sera soldée par un échec que l'on sera autorisé à envisager un autre type d'intervention.

Lorsque l'œsophagotomie extra-muqueuse a été bien faite et que la récidive survient, il paraît inutile de la refaire. Il semble, en effet, que les rares succès d'une deuxième opération de Heller soient surtout le

fait de celles qui ont succédé à une première œsophagotomie extra-muqueuse imparfaitement exécutée.

Que choisir alors comme type d'intervention ?

La résection du cardia nous semble maintenant une opération dangereuse dont les résultats peuvent être brillants, mais les échecs dramatiques. Nous pensons ne devoir l'envisager qu'après échec des interventions plus classiques.

M. le Prof. D'ALLAINES conseille d'associer une phrénicectomie à la résection du cardia et une résection gastrique assez étendue.

Les deux autres types d'intervention sont : la cardioplastie et l'anastomose œsophago-gastrique.

Nous n'avons pas une expérience suffisante de la première. Elle fut accidentelle au cours d'une opération de Heller après que la muqueuse fut involontairement intéressée par l'œsophagotomie. Le résultat fut d'ailleurs satisfaisant chez ce malade.

La cardioplastie est rejetée par M. le Prof. D'ALLAINES lorsqu'elle est faite par voie thoracique qui est indiscutablement la meilleure voie d'abord. En effet, le type même de l'intervention, le fait que l'on soit généralement conduit à créer artificiellement une hernie diaphragmatique en étant obligé de suturer le diaphragme au-dessous de l'opération, font que les conditions théoriques de production expérimentale d'un ulcus peptique se trouvent réalisées. Et M. D'ALLAINES craint que la section préventive des deux pneumogastriques soit cause de troubles graves, voire même d'accidents occlusifs mortels. Et sur 5 cas personnels de cardioplastie il note, en effet, un seul succès, une mort par occlusion du grêle alors que la cardioplastie avait été associée à une vagotomie bilatérale et 3 échecs avec ulcus peptique avec cardioplastie sans vagotomie, mais associée dans un de ces trois cas à une phrénicectomie gauche.

Les œsophagotomies ont été pratiquées par l'un de nous pour la première fois en 1942. Il y en a actuellement plusieurs cas, tous opérés par voie thoracique, sans vagotomie associée, avec de bons résultats (le recul du premier cas est de 14 ans). Ces résultats nous ont conduits à avoir de ce dernier type d'intervention une opinion assez différente de celle d'autres chirurgiens qui pensent qu'ici encore, comme pour les cardioplasties thoraciques, et pour les mêmes raisons, la formation d'ulcère peptique est à redouter et une vagotomie préventive difficile à conseiller.

En résumé, un grave échec d'une résection du cardia pour mégaœsophage, nous fait rejeter, malgré un précédent succès, ce type d'intervention que pour l'instant nous ne pensons plus réserver qu'aux échecs des interventions plus classiques l'opération de Heller très correctement exécutée ou anastomose œsophago-gastrique faite d'emblée ou après récidive d'une œsophagotomie extra-muqueuse techniquement parfaite.

Deux observations de coïncidence entre troubles biliaires et endocriniens chez la femme

par MM. Mohamed Sassi, Maurice Delort, Renzo Tédeschi

—o—

Depuis longtemps il est admis que l'excès d'œstrogène trouble la fonction hépatique et selon l'expression de Parot, vide le foie de glycogène. La congestion hépatique prémenstruelle, avec sa vasodilatation finit à la longue par lèser le tissu conjonctif et, selon l'expression d'Huet l'inondation folliculinique crée sur la vésicule biliaire une inhibition motrice et secrétoire réalisant une raréfection du flux biliaire favorable à la stase, à l'infection et à la formation de calculs. Les malades viennent pour des troubles biliaires apparaissant avant les règles et disparaissant brusquement dès l'apparition du flux menstruel. Elles présentent des nausées ou des vomissements bilieux, anorexie, bouche pâteuse, amère, des pesanteurs permanentes à l'hypochondre D., quelques fois des coliques hépatiques, de la diarrhée, de la constipation avec ballonnements intestinaux fréquents. La radiographie montre des signes de blocage gazeux, véritable gazocolie bloquée refoulant le diaphragme gauche et la pointe du cœur, produisant ainsi des troubles du rythme. On peut également trouver un subictère prémenstruel. Ce sont des malades lasses, irritables, psychasthéniques attendant l'apparition des règles pour retrouver leur gaîté.

Voici deux observations parmi beaucoup d'autres, mettant en évidence la coïncidence à répétition des troubles hormonaux et des troubles biliaires.

Ire OBSERVATION

Madame L....., 45 ans. Ses premières crises remontent à 1930 au 2e mois de sa 1re grossesse, depuis elle a eu 8 grossesses et à chacune, des troubles vésiculaires, quelques fois même des coliques hépatiques typiques. Dans les intervalles des grossesses, 8 jours avant ses menstruations, elle a présenté, très régulièrement, les mêmes troubles. Elle a eu en outre des ménométrorragies avec sang très noir. Les examens faits pendant une de ces crises, montrent les résultats suivants : les radiographies indiquent une vésicule N. l'hémogramme est normal, l'instantané hépatique aussi, sauf le Kenkel qui est à 40. Le Cholestérol à 2,70. Les frottis vaginaux effectués au laboratoire André Zèrah sont du type hyperfolliculinique, le PH vaginal au 21e jour est de 3,8.

Dans les antécédants F, on retrouve que le père a souffert de coliques néphrétiques et la mère de coliques hépatiques. En 1950, cette femme de 41 ans complétement déréglée ménométrorragique souffre d'un état de mal vésiculaire. On prescrit la testostérone-progestérone, les tubages en série, les ondes courtes transhépatiques et un traitement



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

hormonal antifolliculine par petites doses per os ainsi qu'une cure à la Station Thermale de Korbous; les règles redeviennent normales au bout de trois mois, les coliques disparaissent et depuis, à chaque crise elle suit le même traitement avec succès.

2e OBSERVATION

Madame C... Il s'agit d'une femme de 29 ans. Les troubles ont commencé à la puberté, à l'âge de 13 ans avec des douleurs à l'hypochondre D. et épaule droite, survenant 8 jours avant les règles. Elle présentait aussi des troubles d'ordre allergique (urticaire — asthme). En 1946, au début de la première grossesse elle présente sa première crise de colique hépatique typique, suivie d'autres crises moins violentes. En 1952, elle est atteinte de dépression nerveuse, état de mal vésiculaire; Règles méno-métrorragiques, avec sang noirâtre et gros caillots. La radiographie montre une vésicule exclue. En 1953, à l'occasion d'autres crises, une radiographie montre une vésicule non exclue avec télépaque ne montrant pas de calculs. Les examens de la fonction hépatique sont normaux, cholestérol 2,9, leucocytes 9.500. Frottis vaginaux du type hyper-folliculinique, PH vaginal au 23e jour 3,9. Instruits par les autres cas on a institué un traitement semblable : ondes courtes trans-hépatiques, phénergan, tubages en série, testostérone, progestérone pendant 3 mois. Cette femme a repris sa vie normale et n'a plus présenté le crises. Actuellement elle continue a faire de la testostérone — progestérone, une fois par mois, vers le 12e jour après les règles. Elle est très satisfaite des résultats.

CONCLUSIONS

Ces 2 observations qui entrent dans le cadre général du syndrome hépato-ovarien montrent la nécessité d'une collaboration entre la gastro-entérologie, la gynécologie et l'endocrinologie. Chacune de ces spécialités devant déterminer avec ses moyens d'examen et de mesures l'étendue et les caractéristiques des troubles décrits. Elles devront aussi collaborer à l'établissement d'un traitement autrement efficace que la thérapeutique purement symptomatique qui serait uniquement axée sur les voies biliaires.

Foie - Fer - Cobalt

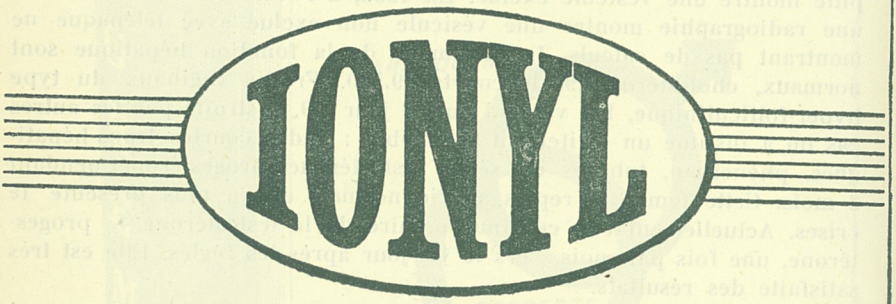
TOT' HÉMA

8 gammas
Vitamine B12

Une à deux **ampoules buvables** par jour

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

MÉDICATION
BIO-ÉNERGÉTIQUE
COMPLÈTE



ÉTATS DÉPRESSIFS
USURE ORGANIQUE
NEURO-ARTHRITISME

RÉSULTAT IMMÉDIAT
INNOCUITÉ ABSOLUE

ÉCHANTILLONS ET LITTERATURE : **LABORATOIRES "LA BIOMARINE", DIEPPE**

AGENT GÉNÉRAL POUR LA TUNISIE : **Éts NOTE, 61, avenue Garros, TUNIS — Tél. : 97.090**

NOTES SUR LE TUBAGE MINUTÉ

par le Dr Philippe TRAPLOIR

—o—

Il n'est pas de gastro-entérologues qui ne connaissent maintenant l'épreuve à laquelle Varéla LOPEZ, Varéla FUENTES et Martinez PRADO ont donné le nom de tubage duodénal minuté.

La classique épreuve de Meltzer LYON ne comprenait que trois temps :

1er temps : bile cholédocienne A, jaune clair : 20 à 30 cc. obtenus après injection par la sonde de sulfate de magnésie.

2e temps : bile vésiculaire B, sombre : 30 à 40 cc.

3e temps : bile hépatique C, claire.

L'épreuve de Varéla FUENTES comporte deux temps supplémentaires et a la prétention de nous renseigner, ainsi, sur l'état fonctionnel des sphincters (cystique et Oddi). Pour fixer les esprits il n'est peut-être pas inutile d'en rappeler le schéma :

1° **Temps cholédocien.** — A jeûn il n'y aurait pas de bile dans le duodénum. Après introduction de la sonde : ouverture du sphincter d'Oddi (action mécanique).

Il coule 10 à 15 cc. de liquide duodénal, puis une bile claire hépatique, récemment excrétée.

Le temps cholédocien aurait une durée indéfinie.

2° **Temps de l'Oddi ferme.** — L'Oddi se ferme à nouveau quand on introduit 40 cc. d'huile chaude.

Durée : 4 m.

3° **Temps d'écoulement de la bile A.** — Avant l'écoulement de la bile vésiculaire, coule 3 à 4 cc. de bile claire qui était dans l'hépato-cholédoque, pendant 2 à 6 m. (5 environ).

4° **Temps vésiculaire.** — Marron havane, foncée.

40 cc. en 20 m.

Riche en bilirubine.

5° **Temps hépatique.** — Jaune canari. Bile C.

Coule indéfiniment et se termine quand on retire la sonde ou quand on pratique **une deuxième excitation** : $SO^4 Mg^2$: 30 cc. à 33 % tiède.

Normalement : rien.

Sinon : une bile sombre réapparaît. Il faut alors ajouter cette quantité (disent les auteurs uruguayens) à celle de la première excitation pour avoir le contenu de la vésicule et le temps d'évacuation totale.

Il faut noter enfin, les réactions du sujet.

Par la suite cette épreuve fut légèrement modifiée :

— En particulier, l'injection de novocaïne intra-duodénale en cas de fermeture prolongée de sphincter d'Oddi au delà de 20 m. afin d'essayer de discriminer un spasme fonctionnel d'une lésion organique.

— Et aussi, notamment par LAMBLING, l'habitude de réaliser cette épreuve en injectant d'abord le sulfate de magnésie et seulement en deuxième excitant l'huile d'olive.

— Nous nous en sommes tenus, quant à nous, à l'épreuve originale telle qu'elle fut décrite pour les auteurs sud-américains.

De l'écoulement de la bile cholédocienne à la fin de l'épreuve, nous recueillons les biles dans des tubes différents, de cinq minutes en cinq minutes.

Pour vaincre une des difficultés qui nous était apparues dès le début de notre pratique et qui consistait en la similitude de couleurs entre l'huile d'olive et la bile, nous avons recherché un colorant de l'huile capable d'amener une lecture plus facile en fin d'épreuve.

Nous devons à l'amabilité de M. Lucien UZAN ce colorant qui teinte l'huile en noir, sans teinter la bile.

Nous obtenons ainsi, dans nos tubes, des bandes jaunes et noires d'une facile discrimination.

Le colorant employé est le noir **Cérol B** ou noir Soudan. C'est le colorant le plus spécifique et le plus exclusif des graisses. Il est peu toxique, surtout à la faible concentration à laquelle nous l'avons employé (0,25 % dans l'huile d'olive neutre).

Nous pensons que cette introduction d'un colorant d'une teinte très éloignée de celles des différentes biles est de nature à faciliter considérablement la lecture rapide du tubage Duodénal Minuté, avant sa traduction graphique.

Je voudrais, avant d'aborder la critique de l'épreuve, exposer avec quelle minutie les auteurs ont cru pouvoir interpréter les différentes anomalies de ce tubage minuté. Cela sera un peu fastidieux et je m'en excuse.

Je ne le fais que pour montrer, par une sorte d'antithèse, combien cette minutie s'oppose, et est détruite, par les causes d'erreurs relativement grossières que nous étudierons immédiatement après.

Voici un tableau qui résume les différentes anomalies des temps successifs du tubage minuté :

T. CHOLEDOCIEN	T. DE L'ODDI FERME	T. D'ECOULEMENT DE LA BILE A	T. VESICULAIRE	T. HEPATIQUE
10 à 15 cc.	4 m.	2 à 6 m., débit 1,5 cc./m.	40 cc. en 20 m.	Indéfini
Insuffisance de l'Oddi : Liq. jaune d'or + flux permanent de liq. duodénal. **Hypertonie de l'Oddi :** — Pas d'écoulement. — Liq. incolore pancréatique. — Liq. jaune d'or puis liq. incolore. — Bile hyperconcentrée d'emblée (stase du cholédoque). — Liq. duodénal, puis bile B (stase vésiculaire).	**Raccourci :** Hypotonie de l'Oddi. **Allongé :** Hypertonie de l'Oddi + Novocaïne. Ecoulement : Dyskinésie. Pas d'écoulement : Inflammation.	**Raccourci (ou suppression) :** Hypertonie de l'Oddi. **Allongé :** Si obstacle au-dessus du confluent cystico-cholédocien : — Atonie vésiculaire : retarde l'évacuation de la bile B. — Obstacle mécanique : Douleur, qui cesse à la fin de ce temps. Inhalation de Nitrite d'Amyle. Spasme : soulagement + bile B. Inflammation : soulagement moins net. Pas de bile B. Si obstacle au niveau de l'Oddi spasmodique : — Spasme : T. de l'Oddi fermé allongé + T. de la bile A et vésiculaire normaux. — Inflammation du cholédoque : quantité de la bile A très faible. Atonies de l'Oddi et de la vésicule : quantité de la bile A très abondante.	**Raccourci :** Quantité + couleur normale = hyperkinésie. **Allongé :** — Atonie vésiculaire. — Obstacle sur le cystique : douleurs. — Inflammation du cholédoque terminant la bile B est intermittente. **Durée normale, mais début retardé** + bile hyperconcentrée en quantité normale : atonie ou hypertonie du cystique. **Durée normale + alternative de bile et de bile C.** Atonie. **Ce temps manque :** Cholécysto - cholangiopathies fonctionnelles ou hypertonie grave du cystique.	Hypertonie de l'Oddi : Ecoulement faible et intermittent de bile C.

On reste un instant confondu, après cette lecture, et l'on se demande comment des esprits cependant formés à notre culture occidentale, peuvent par excès d'esprit d'analyse (et par manque d'esprit de synthèse) se perdre dans des subtilités que seuls ne désavoueraient pas les Disciples de Confucius.

PRINCIPALES CAUSES D'ERREURS

0. **Tenant à la morphologie et à l'anatomie comparée :**

a) En exposant l'épreuve du T. D. M. j'ai dit que Varéla Fuentes considérait le « duodénum vide de bile à jeûn ».

Cela pose la question du reflux de bile vers l'estomac, que connaissent bien, en particulier, les gastro-entérologues, entraînés au tubage pour analyse de suc gastrique ou au lavage d'estomac et les vomisseurs à jeûn, qui, par un simple mécanisme d'ordre neuro-végétatif font refluer leur bile du duodénum vers l'estomac avant de la rejeter.

Ce reflux biliaire, pour ces raisons, est considéré par certains auteurs comme physiologique.

Il n'est donc pas certain qu'un duodénum, à jeûn, soit toujours exempt de bile.

b) A la fin de l'exposition de cette même épreuve, j'ai dit que, lorsqu'après une deuxième excitation on ramenait au moment du temps hépatique une nouvelle quantité de bile foncée, Varéla Fuentes conseillait d'ajouter cette quantité à la bile de la vésicule pour connaître son contenu total et son temps total d'évacuation

De cette nouvelle bile foncée il fait donc, sans contredit, une bile B.

C'est oublier que, dès 1930, Dalsace et Desplas avaient montré la fréquence de l'origine hépatique et non obligatoirement vésiculaire de ces biles foncées

c) Chez des individus normaux pourquoi temps et volumes seraient-ils superposables ?

Ne peut-il y avoir une petite vésicule accomplissant convenablement ses fonctions, comme une grosse vésicule fonctionnant normalement ?

On ne voit pas, dans ces conditions, et à priori, comment elles évacueraient l'une et l'autre 40 cc. de bile en 20 m.

1. **Tenant à l'évaluation des volumes :**

a) Dans tout tubage duodénal, il peut déjà y avoir une cause d'erreur importante du fait qu'on est jamais sûr de la pureté des produits extraits (par les procédés courants de discrimination).

A la bile, aux biles, peuvent se mélanger :

— une partie de l'excitant (en particulier une solution aqueuse de $SO^4\ Mg^2$);

— du suc gastrique;

— du suc duodénal;

— du suc pancréatique;

— sans compter les « chevauchements » des différentes biles entre elles. Les frontières ne sont pas nettes, dans les tubes à essais.

Les biles ne sont séparées que par des marges assez floues.

Il peut donc déjà et facilement y avoir des causes d'erreurs dans l'évaluation des volumes.

b) Une autre cause d'erreur provient du fait qu'on est jamais sûr de recueillir la totalité des biles excrétées. Il y a à cela deux raisons principales :

1° Le reflux biliaire vers l'estomac peut être d'autant plus important et favorisé par le fait que la sonde maintient plus ou moins outr'ouvert le pylore. Une certaine quantité de bile échappe donc au prélèvement en se mélangeant au suc gastrique.

2° On sait que lorsque l'on instille l'excitant (l'huile par exemple) et qu'ensuite la bile se remet à couler dans les différents tubes, on ne récupère jamais qu'une quantité variable et toujours très inférieure de cet excitant. Il n'est donc pas impossible qu'une certaine quantité de bile, suivant d'ailleurs un cours normal, coule et disparaisse vers l'intestin.

Certes, la sonde, par un phénomène d'aspiration par syphonage, prélève sans doute la plus grande partie de la bile. Ce qui s'échapperait en amont et en aval serait moins considérable. Mais qui peut dire dans quelle proportion ?

2. **Tenant à la mesure chronométrique :**

— Il y a les erreurs dues à l'opérateur même dont l'attention se relâche au cours d'un tubage qui peut durer plusieurs heures, et ne peut être constante de minute en minute.

— Le chronométrage d'un phénomène qui ne débute pas, et ne s'arrête pas d'une façon instantanée est certainement imprécis (c'est le moins qu'on en puisse dire).

3. **Tenant à l'évaluation du débit :**

— Ce débit auquel on veut donner tant d'importance cumule à son actif les causes d'erreurs qu'on vient de citer à propos des volumes et à propos du temps.

— Il est aussi fonction de la nature de l'excitant et peut-être de la façon dont l'excitant parvient au système biliaire, par le duodénum, c'est-à-dire d'une manière sans doute bien irrégulière en quantité et en qualité.

Il est aussi, bien entendu, fonction de la réponse du système biliaire que l'on veut justement explorer.

4. **Tenant à l'incertitude de la normale :**

Cette réponse peut varier dans les limites du normal, chez un sujet donné, à un moment donné.

Mais qui peut nous dire quelles sont les limites en de-çà et au delà de quoi commence le pathologique ?

Elle peut varier aussi, cette réponse, d'un sujet normal à un autre sujet normal, et d'un moment à un autre.

En voici des preuves que j'emprunte à des Autorités que vous ne contesterez pas :

a) **Variations en fonction des excitants** (Raymond Dupuy et C. Simon) :

M. M. — Huile d'olive, O. F. : 12 m. — SO^4 Mg^2, O. F. : 30 m.;

Mme C. — Huile d'olive, O. F. : 7 m. — SO^4 Mg^2, O. F. : 20 m.;

Mme P. — Protéolysat, O. F. : 14 m. — Peptone, O. F. : 5 m. — Huile d'olive, O. F. : 6 m.;

Mme le C. — Huile d'olive, O. F. : 6 m. — Peptone, O. F. : 23 m. — Protéolysat, O. F. : 7 m.

Sans compter que ne sont considérés comme pathologiques que les temps dépassant cinq minutes après sulfate et 10 minutes après huile, et qu'il est des cas où cependant l'huile d'olive donne une prolongation plus considérable du temps de l'O. F. qu'avec d'autres excitants, alors que c'est elle qui représente le cholécysto-kynétique le plus énergique.

Exemple. — Mme Des... :

Huile O. F. : 45';

SO^4 Mg^2 O. F. : 5';

Peptone : 6'.

Caroli reconnait aussi les « grandes variations du temps de l'Oddi fermé quand on explore le fonctionnement des voies biliaires comparativement avec l'huile d'olive, le SO^4 Mg^2, les peptones, le protéolysat ». et fait cette amusante et déroutante remarque : « Les plus belles cholérèses, les plus globales, portant non seulement sur la quantité mais aussi sur le taux des pigments et des acides biliaires sont obtenues par un simple café au lait avec un croissant » !

b) **Variations chez un même sujet d'un tubage à un autre :**

Varéla Fuentes dans un article où il se montrait surtout préoccupé de répondre à Guy Albot à propos de la valeur de l'allongement du temps de l'Oddi fermé et de la radiomanométrie, nous livre cette involontaire critique : « Au cours de ces 4 tubages, écrit-il, on peut observer une amélioration progressive de l'état fonctionnel de l'Oddi... à tel point qu'en l'espace de 9 jours on passa de son imperméabilité presque totale à une

abondante obtention de bile, même vésiculaire dans le 4e tubage, avec débit exagéré par minute ». Et il ajoute : « Cette évolution du fonctionnement de l'Oddi, si favorable, n'a pas été parallèle du tout à l'évolution de la lésion parenchymateuse qui continua d'être sévère, d'accord avec les données cliniques... et biochimiques sanguines.

Albot aussi nous donne de tels exemples :

1° T. M. — T. O. F. : 45 m., cédant à la Procaïne;

2° T. M. — T. F. F. : 25 m.;

3° T. M. — T. O. F. : 45 m., ne cédant pas à la Procaïne;

et encore :

T. M., 16 mai 1951 — O. F. : 30 m. — Bile A : 5 m. puis bile B;

T. M., 13 mars 1953 — O. F. : 10 m. — Bile B : 45 m.;

T. M., 2 mai 1953 — O. F. : 20 m. — Bile B : 65 m.

C. Carvaillo pense, lui, que chez les organiques les réponses sont toujours semblables alors que chez les fonctionnels on obtient des résultats différents chez un même malade et d'un moment à l'autre.

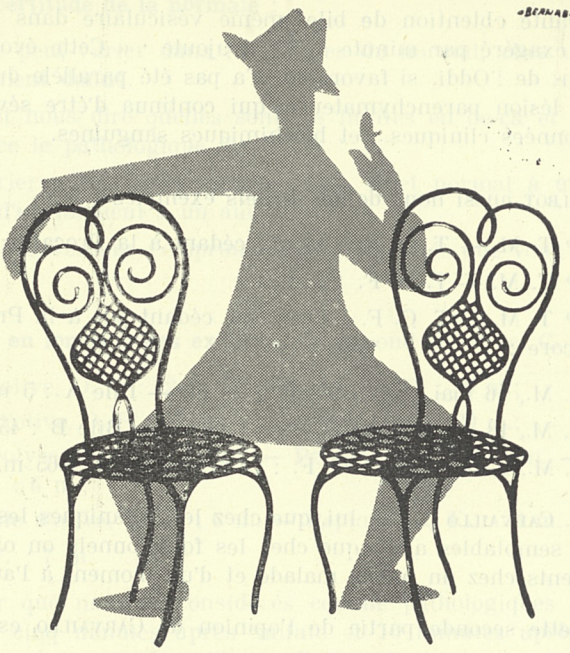
Cette seconde partie de l'opinion de Carvaillo est assez séduisante.

Chez un même sujet il peut y avoir en effet des « dispositions » variables du système biliaire, en particulier de la vésicule. Elles tiennent en premier chef au rôle du système neuro-végétatif, au rôle du système endocrinien (à l'hypo-fonctionnement hypophysaire on rattacherait maintenant l'ancienne « léiasthénie » décrite par Leoper en 1929, au rôle aussi peut-être des repas précédents et au plus ou moins grand « travail » demandé antérieurement).

Il peut y avoir ainsi d'autres raisons, toutes d'ordre physiologique, et qui expliquent les irrégularités de réponses constatées par des tubages successifs.

c) **Où est la normale d'un sujet à un autre ?**

Albot encore écrit : « Nous avons été surpris de la facilité avec laquelle Varéla Fuentes et Varéla Lopez admettent le caractère anormal de la prolongation du temps de l'Oddi fermé et concluent à une « hypertonie oddienne » importante : c'est ainsi que nous relevons les temps de 13 m. et 7 m. dans l'observation II, ceux de 7 m. et de 14 m. dans l'observation III, ceux de 15 m. et de 8 m. dans l'observation IV, celui de 12 m. dans l'observation VIII et de 6 m. dans l'observation XIV. Il s'agit là de prolongation que, personnellement, nous aurions considéré comme très proches de la normale » (la normale, rappelons-le, serait de 4 m., quoique M. Robert pense qu'il faut dépasser 10 m. et même davantage avant d'affirmer le caractère pathologique).



HEMORROÏDES

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

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

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

Intrait de Marron d'Inde "P"

La préparation la plus riche en vitamines "P" native

FLACON GRAND MODÈLE, CONTENANCE 3.000 GOUTTES ENVIRON. **PRIX : FRS 434**
FLACON PETIT MODÈLE, CONTENANCE 1000 GOUTTES ENVIRON. **PRIX : FRS 179**

11.000 γ de Vitamine P par cc.

Laboratoires DAUSSE 4 rue Aubriot (4e) PARIS D

Remboursé par la Sécurité Sociale
Échantillons sur demande

5° **Tenant à des raisons diverses :**

C'est un fait que les résultats du T. M. varient :

a) avec l'habileté de ceux qui le pratiquent;

b) suivant la qualité de l'huile utilisée;

c) suivant la sonde dont on se sert (CAROLI).

CONFRONTATION AVEC D'AUTRES METHODES D'EXPLORATION DES VOIES BILIAIRES

Nous ne pouvons pas entrer ici dans le détail des discussions passionnées de ceux qui ont essayé de contrôler le T. D. M., soit par la rédiomanométrie, soit par la cholécystographie.

Qu'il nous suffise de savoir que sur **11 cas** de « vérifications radiométriques des données du T. D. M. », ALBOT n'a trouvé qu'**un cas** où concordent la rédiomanométrie et la double hypertonie cystique et oddienne, et que, au cours d'une observation, il obtint des temps très différents avec le T. M. et la cholécystographie, temps que nous avons représenté dans le tableau suivant :

	Temps O. F.	Temps vésiculaire
T. D. M.	20 m.	65 m.
Cholécystographie .. .	10 m.	25 m.

Cela confirme la constatation que « la courbe du volume vésiculaire décèle une diminution progressive du volume sans apparition de bile par la sonde ».

*
* *

Ces discordances ne montrent peut-être pas la suprématie d'une méthode sur l'autre, mais les difficultés de ces méthodes plus que leurs certitudes. (1)

(1) Nous connaissons, bien entendu, la réponse de Varéla FUENTES à Guy ALBOT, et la nouvelle mise au point de ce dernier. Il ne semble pas que soient infirmés, après ces contreverses, les arguments d'ALBOT ici présentés.

Et maintenant que nous avons montré la fragilité et l'inconstance des résultats du T. D. M. repensons aux prétentions mathématiques, aux fines interprétations dont j'ai donné lecture au début de cette communication.

Qu'en reste-t-il ? Que peut-il en rester ?

Conclurons-nous d'une façon assez mesurée avec ALBOT qu' « il est à craindre que les interprétations trop nuancées de nos amis uruguayens soient interprétées dans la pratique d'une façon trop rigoureuse et schématique » et qu'il est nécessaire de reviser complètement la sémiologie des divers temps du T. D. M. Irons-nous plus avant avec CATTAN qui n'hésite pas à en dire, au cours d'une discussion savante : « Il est certain qu'il perd toute sa valeur après la démonstration qui vient de nous en être faite ».

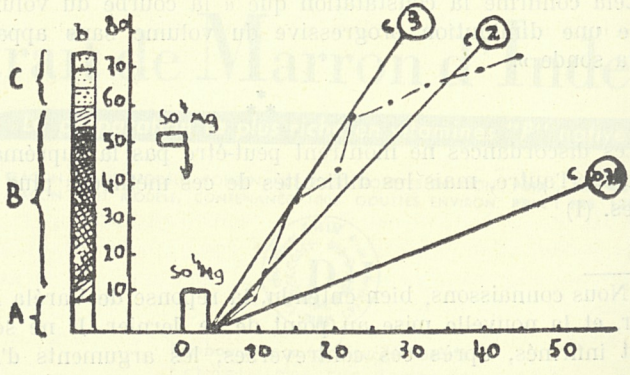
Ajoutant : « L'organisme n'est pas comparable à une machinerie rigide qui n'obéit qu'aux lois de la mécanique ».

Notre pratique personnelle du T. D. M., qui repose sur une cinquantaine de cas, nous incite à la même circonspection.

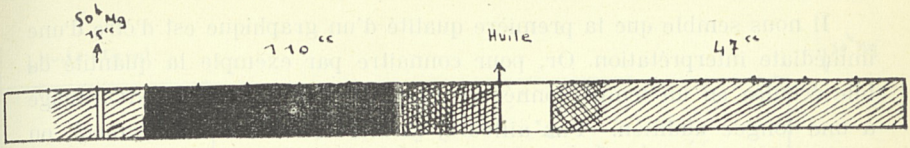
C'est pourquoi, nous ralliant depuis longtemps à l'opinion de M. DALSACE qui disait : « Je voudrais insister sur le danger de traduire en chiffres précis la complexité des phénomènes biologiques », avons-nous adopté une représentation schématique du tubage différente de celles proposées jusqu'a ce jour, à notre connaissance, par les différents auteurs qui s'en sont préoccupés.

Voici les schémas généralement utilisés :

Courbe de Débit biliaire

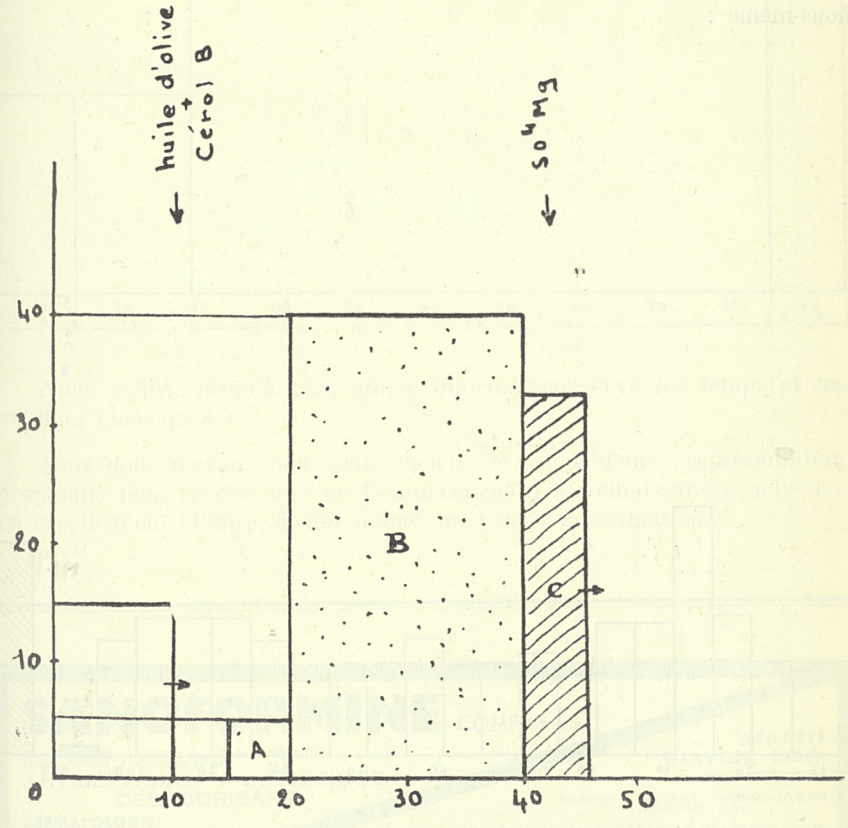


d'après M L GONDARD (Montpellier)



d'après Lambling (1951)

Voici notre représentation. Elle nous semble avoir l'avantage d'être immédiatement lisible et d'être suffisamment précise dans les limites de sécurité autorisées par les causes d'erreurs et les divergences que nous venons d'exposer.



EPREUVE NORMALE

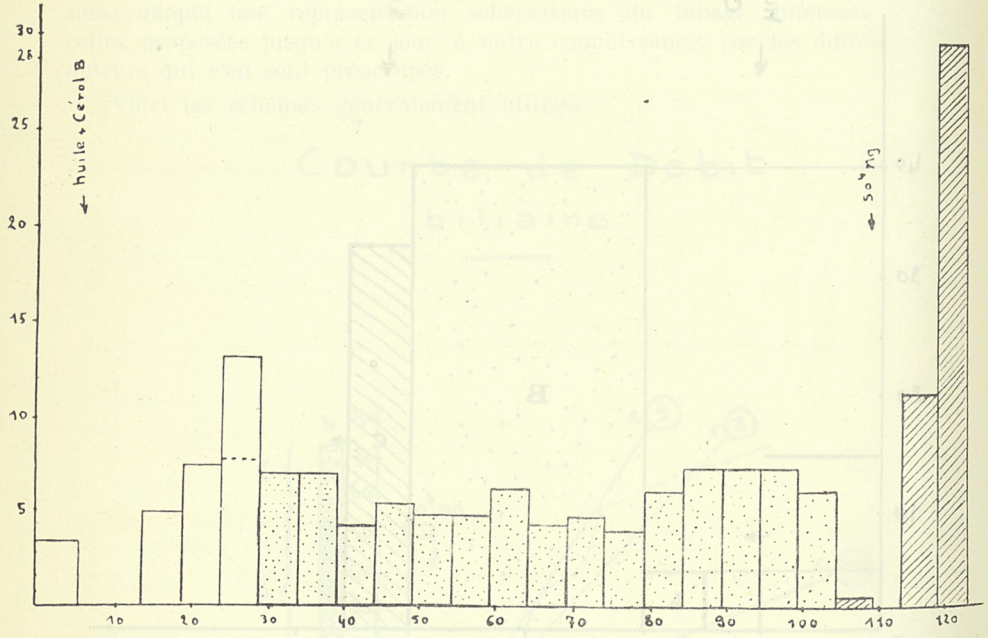
D'après notre représentation graphique les petites flèches horizontales indiquent qu'il s'agit de temps indéfini.

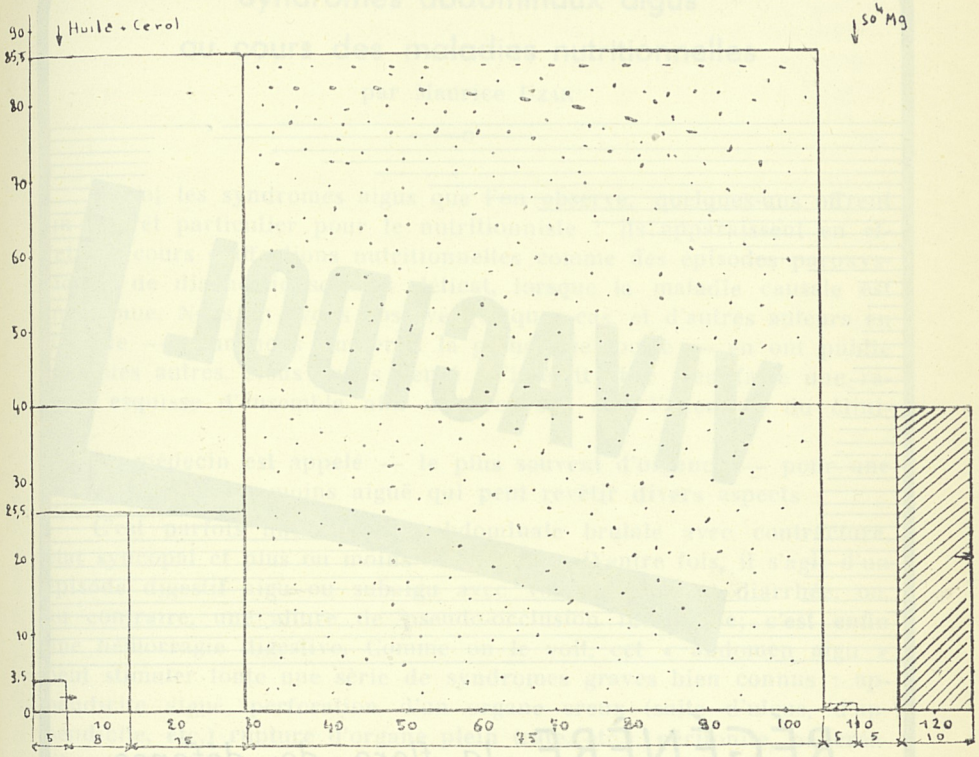
NOTA. — *L'échelle étant la même que pour l'épreuve de M'na bent B. on voit combien la comparaison des surfaces peut être suggestive.*

Il nous semble que la première qualité d'un graphique est d'être d'une immédiate interprétation. Or, pour connaître par exemple la quantité de bile écoulée en un temps donné, un graphique de Varéla Fuentes oblige à une longue addition. Par ailleurs, la bile C coulant indéfiniment, on obtient en fin d'épreuve de très hautes colonnes représentant les biles des derniers tubes, et cela peut prêter à confusion et donner à penser qu'il s'agit là d'un temps plus important que les temps antérieurs.

La comparaison entre plusieurs représentations n'est pas non plus très facile. Alors que la comparaison des différentes surfaces de nos graphiques nous donne une immédiate appréciation des phénomènes.

Voici d'ailleurs un T. D. M. traduit selon Varéla Fuentes et selon nous-même :





Nous avons, jusqu'à plus ample informé, conservé les temps et les volumes classiques.

Mais nous n'avons pas voulu courir le risque d'une représentation graphique plus précise que ne l'autorisaient nos connaissances actuelles de l'écoulement biliaire, et nos actuels moyens d'investigation.

SANOFORMINE COMPRIMÉS

SULFATE DE CUIVRE · FLUORURE de SODIUM · MENTHOL
TRIOXYMÉTHYLÈNE · BORATE de SOUDE

ANTISEPTIQUE - ANALGÉSIQUE
DÉSODORISANT

DERMATOLOGIE
GYNÉCOLOGIE
O. R. L.

SÉDATIF
NERVEUX LÉGER
sans Barbituriques

PASSIFLORE · CRATOEGUS · VALÉRIANE STABILISÉE
JUSQUIAME · K Br

VAGOTONIE - ÉRETHISME CARDIAQUE - TACHYCARDIE
INSOMNIE · SURMENAGE · TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE

DRAGÉES **VALBROL**

R. C. S et O. 50.985 B Lab^ries MAYOLY-SPINDLER, 16, Av. des Châteaupieds, RUEIL (S. et O.) TÉL. : MAL 06-27

le ferment vivant

VIVACIDOL

RÉGÉNÈRE la flore de défense
et
NORMALISE le milieu intestinal

INFECTIONS
INTESTINALES
et séquelles

3 à 4 ampoules
buvables par jour
loin des repas

Laboratoires F. BOUCHARD
6, rue Anna-Jacquin - BOULOGNE (Seine)

TUNISIE : Ets NOTE, 61, **Avenue** Garros, Tél. 97.090 — TUNIS

Syndromes abdominaux aigus au cours des maladies nutritionnelles

par Maurice UZAN

—o—

Parmi les syndromes aigus que l'on observe, quelques-uns offrent un intérêt particulier pour le nutritionniste : ils apparaissent en effet, au cours d'affections nutritionnelles comme des épisodes paroxystiques, de diagnostic souvent délicat, lorsque la maladie causale est méconnue. Nous en avons observé quelques cas, et d'autres auteurs en Tunisie — pour nous limiter à la pathologie locale — en ont publié quelques autres. Nous avons pensé qu'il était utile d'en faire une rapide esquisse d'ensemble afin d'attirer sur eux l'attention du clinicien.

Le médecin est appelé — le plus souvent d'urgence — pour une « crise » plus ou moins aiguë qui peut revêtir divers aspects :

C'est parfois une douleur abdominale brutale avec contracture, état syncopal et plus ou moins de la fièvre. D'autre fois, il s'agit d'un épisode digestif aigu ou subaigu avec vomissements et diarrhée, ou, au contraire, une allure de pseudo-occlusion intestinale; c'est enfin une hémorragie digestive. Comme on le voit, cet « abdomen aigu » peut stimuler toute une série de syndromes graves bien connus : appendicite aiguë, perforation d'un organe creux (suite d'ulcus, d'appendicite, etc,) rupture d'organe plein (rate, etc.), péritonite, pancréatite aiguë, invagination intestinale occlusion, coliques hépatiques, néphrétiques ou même saturnines, syndromes infectieux digestifs aigus, intoxications, hémorragies digestives, etc...

Aussi est-il utile de prendre rapidement les responsabilités thérapeutiques, d'où, l'importance du diagnostic.

Il est certain que l'anamnèse, l'étude fouillée du passé du malade aideront puissamment le médecin à se prononcer. Mais il est parfois difficile de réunir de tels renseignements. Aussi, faut-il souvent chercher à différencier les syndromes par des moyens cliniques rapides.

Or, les affections nutritionnelles capables de produire de tels accidents sont assez nombreuses.

Les Américains ont insisté sur *l'abdomen aigu des diabétiques*. Il s'agit, en général, d'un diabétique pré ou sub-comateux, déshydraté, avec vomissements ou diarrhée, dans un état grave. Nous en avons observé un cas : il s'agissait d'un jeune homme de 20 ans diabétique avéré. A la suite d'un arrêt brusque de son insulinothérapie (non prescrit médicalement d'ailleurs), il avait vu son cas s'aggraver et était venu nous voir avec une glycémie à 3 gr, 10 $^{0}/_{00}$, une glycosurie à 55 gr., 8 par litre et une albuminurie de 1 gr sans cylindres, pour 4 li-

tres de diurèse environ avec acétonurie nette. Il avait du vertige, était dans un état de demi-torpeur et accusait une diarrhée séreuse assez abondante. Nous lui conseillons évidemment de rentrer se coucher, de commencer immédiatement un traitement ad hoc (insuline, co-carboxylase, sérums physiologiques et glycosés, etc.). A peine arrivé chez lui, il est pris d'une douleur brutale du ventre avec des vomissements. Quand nous le revoyons pour cela quelques heures plus tard, il offrait l'aspect d'une péritonite aiguë. Instruit par son passé, nous nous contentons de presser l'exécution de notre ordonnance, en augmentant la quantité des sérums prescrits et, en ajoutant, per os un gramme de chlorure de potassium toutes les 4 heures. A la 8e heure, après 100 unités d'insuline, 2 ampoules de co-carboxylase, 1/2 litre de sérum salé, 150 cc. de sérum glucosé et 2 gr. de kcl, le syndrome abdominal est amendé. L'état précomateux est meilleur : glycémie 2,27, glycosurie réduite à 10 gr. $^0/_{00}$, traces d'acétonurie; mais surtout malade plus réveillé et plus calme. Le traitement classique de son épisode diabétique est poursuivi et le malade se rétablit vers le 5e jour pour revenir à son train habituel d'un régime de près de 180 gr. d'hydrates de carbone avec 60 cc. d'insuline quotidienne, sans acidose ni aucun autre symptôme associé.

La goutte, quoiqu'on en ait dit, donne parfois un syndrome douloureux abdominal, sans qu'on puisse incriminer le traitement colchicique. Nous en avons eu l'illustration dans une observation particulière. Un goutteux de 52 ans hyperuricémique que nous connaissions depuis plus de 2 ans avec son hyperuricémie; son gros foie, ses poussées alternées d'attaques de goutte classique au gros orteil, des crises rhumatoïdes de certaines articulations (le genou en particulier), et ses éliminations gravelleuses paroxystiques, vint nous voir à Vals. Ce malade crut devoir boire des quantités assez élevées d'eau alcaline (1 litre 1/2 environ par jour) nonobstant nos conseils de modération. Au 10e jour de la cure, crise douloureuse violente adbominale très marquée surtout autour de l'ombilic et dans la fosse iliaque droite avec météorisme et un unique vomissement. Nous pensons à une colique néphritique possible, mais les urines sont claires, pas de douleurs rénales ou urétérales précises. D'ailleurs, au bout de 2 heures, les symptômes abdominaux cèdent brusquement et une crise de goutte des plus nettes s'installe au gros orteil droit.

Faut-il rappeler les manifestations digestives de *l'oxalémie* ou de *l'azotémie* fort bien décrites classiquement ?

Il est bien connu aujourd'hui que la *porphyrie aiguë* se manifeste par des crises violentes douloureuses abdominales particulièrement impressionnantes et notre confrère Benmussa avec ses collaborateurs en rapportait récemment un cas tunisien très caractéristique auquel nous renvoyons.

Mais voici encore une autre éventualité : Une jeune femme se plaint de vomissements incoercibles avec des douleurs à type de contraction

de l'estomac. Dans l'entourage on a suspecté tour à tour une indigestion d'abord puis des troubles « sympathiques » d'une grossesse hypothétique. Mais, le médecin qui la soignait, connaissait déjà l'état « neurovégétatif » de cette malade, suspectait un état hyperfolliculinique. L'examen montre outre l'état anxieux, l'hyperréflectivité et en particulier un signe de Chvostek net, un signe de Trousseau ébauché. La calcémie est à 78 mmgr. Il s'agit ici d'une *tétanie, d'un état spamophilique* par carence calcique : une lactation qui s'était prolongée un an venait à peine d'être suspendue et pouvait expliquer, en outre du syndrome endocrinien, une fuite calcique notable.

Un jeune enfant de 6 ans a des douleurs gastriques à horaires capricieux avec état nauséeux, vomissements qui s'accompagnent d'agitations et de cris. Il se plaint aussi de douleurs en aiguilles avec chaleur des extrémités. On observe en effet quelques troubles vasomoteurs au niveau des mains surtout. Mais il existe sur la peau des éléments eczématiformes; les paupières sont irritées, une cheilite borde les commissures des lèvres, une glossite rougit et rend turgescente une langue douloureuse; il y a un certain degré de rectite. On prescrit aussitôt de la vitamine PP qu'on complète ensuite par l'ensemble du complexe B : tous les troubles aussi bien digestifs que cutanés disparaissent. Il s'agissait d'un *syndrome carentiel vitaminique* plus ou moins *pellagroïde*. L'enfant venait d'être traité pour un épisode diarrhéique fébrile par un cocktail d'antibiotiques ou l'auréomycine avait une large part.

Les antibiotiques ne constituent pas les seules thérapeutiques responsables de troubles digestifs aigus. Depuis l'usage des anticoagulants, nous observons parfois des accidents qui prennent dans quelques cas, des allures dramatiques. C'est ainsi, qu'il y a un an, avec le Dr H. H. Cohen nous avons eu à soigner un homme de 73 ans qui venait d'infarcir son myocarde. Nous avions fait effectuer les examens habituels et nous avions trouvé, entre autres résultats, une hypercoagulabilité sanguine qui se reflétait aussi bien dans le taux de la prothrombine, que dans le test de résistance à l'héparine. Nous prescrivons alors des anticoagulants : après *deux* comprimés de tromexane pris en quatre fois, une hémorragie digestive abondante avec coliques apparaît d'une façon soudaine. Le taux de prothrombine déterminé d'urgence par G. Diacono est à *0*. Il a fallu des efforts continus : transfusions, vitamine k, etc., pour faire remonter lentement ce taux à 17 %, puis 30 %.

De telles hémorragies digestives avec parfois des syndromes douloureux troublants, se voient parfois au cours de certains accidents du *type allergique*. Il existe d'autre part, dans l'allergie toute une symptomatologie digestive plus ou moins subaiguë simulant des états gastritiques, entéritiques ou colitiques et nous n'y insisterons pas, car ils sont bien connus.

Cependant, l'hypothèse pathogénique allergique est émise parfois lorsqu'il s'agit de certaines affections hématologiques, tel le cas du

PULMOVACCIN

Toutes les affections microbiennes du Poumon

Complexe d'Essences Balsamiques pures

TUBEROL

Voies respiratoires, Coqueluche, Broncho-Pneumonie

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

CANTÉÏNE

PASSIFLORE

(Sédative) 0,50

ELIXIR — DRAGEES — SUPPOSITOIRES

HAMAMELIS VIRGINICA

(Décongestive et régulatrice du système vasculaire)

XXX gouttes

CRATŒGUS OXYACANTHA

(Toni-Cardiaque)

XXV gouttes

SALIX ALBA

(Fébrifuge)

0,25

MENTHE

(Stimulant)

X gouttes

Triade : Sédative, Régulatrice, Décongestive, Hyperactivée

Indication : Eréthisme cardiaque
Neurasthénie, Névroses, Menopause, Insomnie Cardiotonique Hypotensive

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

BALSEPTOL

Plaies, Brûlures
Affections gynécologiques

DISURYL

Pyélonéphrites
Cystites, Bacilluries

Pour ADULTES et FILLETTES

VACCINOVULES

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

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

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

purpura dit « rhumatoïde ou du purpura de Hénoch. On nous a montré déjà au gastroscope des purpuras gastriques. Quelques observations de purpura avec « abdomen aigu » ont été publiées. Ici même, récemment TEDESCHI et ZERAH, nous relataient le cas d'un syndrome digestif aigu au cours d'un purpura thrombopénique. Nous avons nous même observé un cas où alternaient des hémorragies digestives avec des poussées purpuriques : il s'agissait d'une thrombopénie pure la plaquettose était tombée à 5.000 au moment le plus tragique de son histoire; nous n'avons pu la faire remonter difficilement qu'à 50-60.000; c'est dire que nous sommes loin de la guérison malgré le silence actuel de l'affection.

Il nous reste à parler de cas plus confus en ce qui concerne la pathogénie et que nous pensons quand même classer dans ce cadre nutritionnel très général :

Dans un premier groupe, ce sont les formes abdominales de ce que l'on est convenu d'appeler en France, les « *lupo-érythémato-viscérites* ».

Dans le second, c'est la fameuse « *maladie périodique* », qui, depuis les travaux américains de REIMANN et les observations princeps en France de MAMOU et CATTAN, a fait couler beaucoup d'encre. Maladie génétique probable, elle ne semble relever ni de l'infection ni de la parasitose : elle reflète, bien plus, un état humoral latent dont la réponse de certains récepteurs articulaires, séreux ou viscéraux, à l'occasion d'événements peut-être rythmiques ou même fortuits, expliquerait la périodicité : il reste à déterminer la « lésion chimique » qui pourrait en constituer le substrat. Là aussi, un syndrome abdominal aigu douloureux violent, avec ou sans fièvre, alterne plus ou moins avec des accidents articulaires aigus, des poussées fébriles et la maladie aboutit presque toujours à un syndrome rénal irréversible. Tous les cliniciens de Tunis connaissent ces cas.

*
* *

Comme on le voit, le syndrome abdominal aigu au cours des affections nutritionnelles est encore assez fréquent et il est varié. Il semble exprimer soit une carence aiguë, soit une intoxication aiguë, soit encore la réponse abdominale — en tant que « récepteur » — à une « lésion chimique » sous-jacente. Il mérite d'être connu, il mérite surtout d'être étudié car il reste, dans sa pathogénie, bien des mystères et bien des inconnues qui ne peuvent que tenter le chercheur.



NOUVELLE
CHIMIOTHÉRAPIE
DE
L'AMIBIASE INTESTINALE

BÉMARSAL

4763 R.P.

bis-(p. arsonophénylamino)-1, 2 éthane

PUISSANTE ACTIVITÉ THÉRAPEUTIQUE
BONNE TOLÉRANCE GÉNÉRALE
SANS TOXICITÉ

AUX DOSES HABITUELLES

COMPRIMÉS DOSÉS à 0g50 (FLACONS de 20)

POSOLOGIE

ADULTES : 2 g par jour (4 comprimés)
ENFANTS : 0g05 par kg de poids et par jour

Absorber la dose quotidienne
en deux prises égales aux principaux repas

TRAITEMENT DE 10 JOURS CONSÉCUTIFS

Remboursé par la Sécurité Sociale

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES
RHÔNE POULENC
PARIS
INFORMATION MÉDICALE
28, COURS ALBERT 1er - TÉL. BAL. 10-70
Boîte postale 33-08-Paris 8e

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE

Etude de la digestion et de l'absorption des graisses par le dosage des acides gras dans les selles

par André ZÉRAH

La coprologie digestive a eu son heure de gloire. Avec ses grands noms tels que GOIFFON, SHMITH, LYNCH, GAULTIER, Marcel LABBÉ, MATHIEU, elle a eu l'ambition d'essayer d'explorer, d'expliquer, de reconstituer les phénomènes digestifs au moyen de l'examen des matières fécales. Et inévitablement, elle a subi le sort de toutes les méthodes scientifiques qui ont voulu trop promettre et qui n'ont pu de ce fait tenir toutes leurs promesses; si elle n'a pas sombré complètement dans le domaine de l'oubli, du moins a-t-elle été largement devancée par d'autres méthodes d'exploration, en particulier, par les méthodes radiologiques.

Cependant, tout en reconnaissant les services qu'elle a pu rendre dans le passé, il nous faut également reconnaître que dans le présent, il est encore un domaine où elle conserve largement ses droits; c'est celui de la digestion et de l'absorption des graisses.

Rappelons tout d'abord à très grands traits la physio-pathologie de la digestion des lipides.

Vous savez qu'il existe dans les selles des matières grasses qui constituent à l'état normal 20 % environ du résidu sec. Ces matières grasses ont 2 origines :

1° Une origine **exogène** ou **alimentaire** : ce sont les graisses provenant de la nourriture de l'individu.

2° Une origine **endogène** ou **intestinale** : ce sont les graisses produites par excrétion de la muqueuse intestinale. Ces graisses d'excrétion ne sont pas négligeables et déjà dès 1893, MULLER avait montré que chez le jeuneur, le taux des lipides dans les selles ne tombait pas à 0 mais une concentration minima de l'ordre de 10 à 15 % du poids sec et que ces graisses avaient pour origine la muqueuse intestinale.

Nous savons depuis les travaux de Claude BERNARD et DASTRE que les graisses alimentaires naturelles qui sont des triglycérides subissent au cours de la digestion une hydrolyse enzymatique.

Cette hydrolyse est le fait de la lipase du suc pancréatique qui dédouble les lipides en acides gras et glycérine.

Cette action du suc pancréatique commence dans le duodénum et se poursuit dans le jéjunum et l'iléon; cette action est favorisée par la présence de la bile Ce sont, en effet, les sels biliaires qui interviennent et

leur mode d'action est double, d'une part **physique** en émulsionnant les graisses, d'autre part **chimique** en triplant la vitesse d'action enzymatique de la lipase

Ainsi donc les graisses sont dédoublées en glycérine et acides gras. La glycérine est réabsorbée presque immédiatement et il ne reste que les acides gras qui sont insolubles. Ceux-ci sont absorbés en présence de sels biliaires par un phénomène complexe dont l'origine exacte est encore très discutée (VERZAR, SPILLMANN, FRAZER) ou bien alors ces acides gras s'unissent aux bases qui se trouvent dans l'intestin pour donner des savons dont certains sont insolubles. (Notamment les savons de chaux et de magnésie).

Ainsi donc on ne doit retrouver dans les selles normales qu'un résidu négligeable de graisses alimentaires qui doivent être des graisses dédoublées.

Si les selles au contraire contiennent un excès de matières grasses ou renferment une prédominance des graisses non dédoublées sur les graisses dédoublées, c'est-à-dire si l'examen lipidique des selles se révèle quantitativement ou qualitativement anormal, c'est qu'il s'est produit un trouble à un certain niveau.

Au niveau pancréatique : c'est ainsi qu'une insuffisance de la sécrétion pancréatique entraînera l'émission d'une grande quantité de graisses neutres.

Au niveau biliaire : c'est ainsi qu'une insuffisance biliaire ou un trouble de la composition de la bile amènera l'évacuation d'un excès d'acide gras.

Enfin, un défaut de l'**absorption intestinale** peut entraîner dans les selles des quantités massives de graisses.

Telles sont les 3 grandes causes de l'élimination des graisses dans les selles. Ces causes pouvant d'ailleurs intervenir séparément ou quelquefois aussi simultanément.

Il peut en résulter un certain nombre de phénomènes pathologiques plus ou moins graves allant de la petite intolérance aux graisses de la maladie de Porges jusqu'à ce groupe d'affection à qui on a donné le nom de Steatorrhée et dont l'élément essentiel est la diarrhée grasseuse.

C'est d'ailleurs l'étude des Steatorrhées qui a assuré un renouveau de vie à l'examen coprologique alimentaire, et successivement à Bruxelles en 1950 et à Londres en 1952, d'importants Congrès internationaux ont été consacrés à cette question.

Quels sont les examens de laboratoire qui permettent le diagnostic de la Steatorrhée ?

Nouvelle thérapeutique des diarrhées

THIACYL AU CAROUBE

FLACON DE 50 GR. DE GRANULÉ DOSÉ A :

Succinylsulfathiazol.... 5 gr.
Farine de Caroube.... 15 gr.

★

ASSOCIE LES PROPRIÉTÉS ANTIBACTÉRIENNES DU THIACYL AU POUVOIR DÉSINTOXIQUANT ET ANTIDIARRHÉIQUE DE LA CAROUBE

★

Diarrhées aiguës - Dysenteries bacillaires Diarrhées des infections - Diarrhées estivales, cellulosiques, nerveuses - Diarrhées des nourrissons et des enfants - Intoxication alimentaire - Épisodes diarrhéiques des colites chroniques - Traitement symptomatique des diarrhées tropicales.

THERAPLIX

98, RUE DE SÈVRES, PARIS-VIIe

AGENCES THERAPLIX POUR L'AFRIQUE DU NORD

ALGER : 100, rue Michelet
CASABLANCA : SPECIA-MAROC, 103, Rue Dumont d'Urville
TUNIS : 56, Avenue Jean-Jaurès

C'est d'abord **l'examen microscopique** des selles, c'est ensuite **l'examen chimique** des selles avec son corollaire : la méthode des bilans.

L'examen microscopique des selles présente une utilité primordiale en matière d'étude des graisses. Le microscope révèle assez rapidement les graisses neutres, qui apparaissent ainsi que de petites gouttelettes huileuses facilement colorables en rouge au moyen de la solution alcoolique de Soudan III. Par contre, la recherche des acides gras et surtout celles des savons, est beaucoup plus délicate et ne peut être confiée qu'à un spécialiste particulièrement entraîné. Si l'examen microscopique a l'avantage de nous renseigner très rapidement, par contre il présente l'inconvénient de ne révéler que des selles très anormales.

Il n'a pas de valeur si j'ose dire « préventive » et d'autre part il est incapable de nous donner la moindre appréciation quantitative.

L'examen chimique est au contraire beaucoup plus précis, il permet non seulement de déterminer le pourcentage des lipides totaux dans les selles, mais aussi de nous renseigner sur la formule graisseuse d'une selle, c'est-à-dire sur le dédoublement des graisses.

Enfin, au moyen de la méthode des bilans d'utilisation, il permet d'établir le pourcentage des graisses ingérées.

C'est ainsi que nous savons que chez l'individu normal les graisses ne dépassent pas 20 % du résidu sec des selles, que sur ces 20 %, 15 à 18 % sont des graisses d'excrétion colique; nous savons également que 95 % des graisses ingérées sont normalement absorbées, qu'enfin on doit retrouver dans les selles de 70 à 80 % de graisses dédoublées, c'est-à-dire sous forme d'acides gras et de savons.

Aussi donc le diagnostic des Steatorrées repose sur un certain nombre d'examens longs, difficiles, et il faut le dire, coûteux.

Goiffon et Nepveux ont cherché s'il n'était pas possible de concevoir un diagnostic pratique des Steatorrhées.

En effet, les examens ne doivent pas être exceptionnels, car le chapitre des Steatorrhées s'enrichit de plus en plus, il englobe aujourd'hui non seulement les Steatorrhées primitives, c'est-à-dire la Sprue tropicale, la Steatorrhée idiopathique, la maladie cœliaque de l'enfant, mais aussi les Steatorrhées secondaires aux gastrectomies, aux fistules digestives internes, aux résections du grêle, aux affections pancréatiques, aux Steatorrées par avitaminose, aux syndromes de carence si bien que son domaine s'étend sur une grande partie de la gastro-entérologie.

Il s'ensuit que ces examens doivent passer obligatoirement dans le cadre de la biologie pratique et peut-être aussi en Tunisie, en raison des syndromes de dénutrition souvent irréversibles, dans le domaine de la médecine de dépistage.

GOIFFON et NEPVEUX ont remarqué qu'il n'y avait pas de Steatorrhée sans abondance anormale de graisses dédoublées, c'est-à-dire d'acides gras et de savon.

C'est le dosage des graisses dédoublées qu'ils étudièrent au moyen d'une technique simple rapide qui est basée sur le principe suivant :

L'acétone diluée contenant 1/3 de son volume d'eau dissout à chaud les acides gras, à l'exclusion des autres lipides; si à cette solution on ajoute son volume d'eau, il se produit un trouble proportionnel à la masse d'acide gras dissoute.

La technique que nous avons utilisée est celle de GOIFFON et NEPVEUX légèrement modifiée pour la rendre un peu plus précise tout en lui conservant sa simplicité c'est ainsi qu'en particulier, nous n'opérons pas sur les selles fraîches mais sur les selles desséchées, ce qui nous permet d'éviter les erreurs dues à la dilution trop grande des selles diarrhéiques.

TECHNIQUE

On opère sur les selles spontanées d'un individu soumis depuis 3 jours à un régime mixte normal.

On mesure dans une capsule tarée, un échantillon moyen des selles.

On dessèche 12 heures à l'étuve à 100°; on délaye le résidu sec dans 50 fois son poids d'eau distillée, on ajoute à 10 cc. de cette solution, 11 gouttes HCl au 1/2 et 20 cc. Acétone Technique. On introduit le mélange dans un Erlenmeyer de 125 cc., on porte à l'ébullition dès le premier bouillon, on filtre au coton, on prélève les 5 premiers cc. et avant refroidissement on ajoute 10 cc. HCl N° 20, on laisse en contact 30', on lit au photomètre Rouy ou autre photomètre écran rouge 610° de longueur d'onde. On exprime en degrès Vernes.

C'est ainsi que nous avons pu effectuer parmi notre clientèle, 48 déterminations d'indice photométrique d'acides gras.

Nous avons noté pour chacune des selles examinées l'aspect macroscopique, les résidus digestifs, effectué un examen parasitologique, pour plusieurs d'entre elles nous avons effectué la recherche des signes de colite par les réactions de collage des substances albuminoïdes; enfin, pour certaines d'entre elles seulement, nous avons effectué le dosage des graisses du résidu sec suivant la technique de Labbé.

Les résultats sont reproduits les tableaux suivants :

Nos	Noms	Examen macroscopique alimentaire	Parasites	Signes cliniques	Examen complémentaire	I. A. G.
1	Mme Habiba Bent C.	Nombreux débris de féculents	Amibes dys. (Tetragena) kystes dys.	Troubles dyspep.	Réactions de collage positives	70 67
2	M. Ferr.	R. A. S.	Négatif	Amaigrissement		42
3	Petite At.	R. A. S.	Négatif	Troubles dyspep.		27
4	M. Ali Bouz.	R. A. S.	Amibes (type minuta)	Ulcère peptique		86
5	M. Sal.	R. A. S.	Négatif		Réactions de collage négatives	29
6	M. Vir.	R. A. S.	Négatif	Troubles neuro-végétatifs		23
7	M. Fun.	R. A. S.	Négatif	Troubles dyspep.		27
8	Mme Rel.	R. A. S.	Amibes dys. (Tetragena)		Réactions de collage négatives	26
9	M. Kos.	R. A. S.	Amibes (type minuta)	Douleurs région iléocoecale	Réactions de collage positives	80
10	Mme Bu.	Quelques cristaux, acides gras	Nombreux lamblia trichomonas.	Diarrhée persist.	Réactions de collage négatives Graisses extrait sec des selles, 54 %	116
11	Mme Bri.	R. A. S.	Kystes lamblia.	Troubles dyspep.	Réactions de collage négatives	64
12	Mme Nas.	R. A. S.	Amibes dysent.		Réactions de collage négatives	12

13	M. Tahar B. M.	Selle glaireuse	Kistes dysent.	Diarrhée	Réactions de collage positives	44
14	Mlle Rac.	R. A. S.	Négatif	Asthénie. Amaigrissement		13
15	Mlle Su.	R. A. S.	Négatif	0	0	26
16	Mlle Sa.	R. A. S.	Négatif	Insuffisance hépatique	0	75
17	Petite Le.	Selle mastic pâteuse contenant qq. cristaux acides gras et qq. glob. graisses neutres	Négatif	Malade cœliaque	Coeff. absorption graisses, 73 %; lipides dans extrait des selles, 70 %	155 139
18	Petite Ald.	Selle décolorée. Nx crist. acides gras.	0	Insuffisance hépatique	Coeff. absorption graisses, 85 %; lip. extrait sec des selles, 36 %	160
19	M. Ali Rah.	Selles glaireuses	Kystes dysp. assez nx Trichomonas.	Dysenterie	Réactions de collage positives	46
20	M. Su.	Selle diarrhéique	Kystes lamblia	Diarrhée persistante	Réactions de collage 0	33
21	Mme Fad.	Nx globules de graisses neutres. Quelques cris. acides gras.	0	Gastrect. pour ulcère	Réactions de collage 0	88
22	M. Messaoud Ben Y.	R. A. S.	0			17
23	Petite Ha.	R. A. S.	Tœnia			30
24	M. Or.	R. A. S.	Kystes lamblia, œufs trichocephales, œufs Ascaris	Douleurs épigastriques violentes		26
25	M. M.	R. A. S.	0	Asthénie		36

N°s	Noms	Examen macroscopique alimentaire	Parasites	Signes cliniques	Examen complémentaire	I. A. G.
26	M. Raj.	Nx crist. acides gras. Selles diarrhéiques	Amibes dys. (Tetragena) Nses formes végét. de lamblia	Diarrhée persistante	Réactions de collage Graisses dans extraits, 41 %	79
27	Mme Sit.	Globules de graisses neutres peu nombreux	0			76
28	M. Ama.	R. A. S.	0	Troubles dyspeptiques		24
29	M. Mohamed Ben C.	R. A. S.	0	Troubles neuro-végétatifs		12
30	M. Bur.	Selle décolorée	0	Lithiase vésiculaire		75
31	Mme Pet.	R. A. S.	0			41
32	Aus.	R. A. S.	0			29
33	M. Cam.	R. A. S.	Kystes dys.	Asthénie	Réactions de collage négatives	26
34	Mme Lo P.	R. A. S.	0	Asthénie		12
35	Petite Vi.	R. A. S.	Kystes de lamblia.	Amaigrissement		32
36	Mme Def.	R. A. S.	Nx kystes dys.	Troubles dyspeptiques	Réactions de collage positives	56

37	Mme Ve.	R. A. S.	0			12
38	Petite Sit.	Glaires muqueuses; lég. leucocytorrhée	Kystes de lamblia intest. f. végét.	Diarrhée		64
39	Mme B.	Nx globules de g. neutres; fibres musculaires intactes	0	Insuff. pancréatique	Graisses ext. sec, 39 %. Réactions de collage négatives	95
40	Petite Ad.	R. A. S.	0	Diarrhée		40
41	Mme Bo.	R. A. S.	0			25
42	Petite Br.	R. A. S.	Nx kystes dys.			25
43	Mme Am.	R. A. S.	Amibes dys. (type min.)	Troubles neuro-végétatifs	Réactions de collage négatives	29
44	Khemais El H.	R. A. S.	0	0	0	17
45	Petite Ham.	R. A. S.	Kystes de lamblia assez nombreux		Réactions de collage négatives	16
46	M. At.	R. A. S.	0	Troubles dyspeptiques		17
47	M. Be.	R. A. S.	0	0		26
48	M. Pis.	Selle verdâtre butyrique	Oxyures	0	Réactions de collage négatives	20

FRÉNANTOL

COMPRIMÉS

AMPOULES INJECTABLES

ONGUENT

LAROCHE-NAVARRON

63 RUE CHAPTAL

LEVALLOIS - SEINE - PER. 61-35

La Grande Marque
Des Antiseptiques
Urinaires et Biliaires

56, Boulevard Pereire
PARIS (17e)

URASEPTINE ROGIER

dissout et chasse l'acide urique

Echantillons et Littérature :

OFFICE DE PROPAGANDE MEDICALE, 53, r. des Maltais, TUNIS

Avant d'analyser les résultats, il convient d'effectuer 2 remarques importantes :

1° La première est que les selles doivent être spontanées; nous avons observé que la prise d'une purgation ou d'un laxatif donnait des résultats très supérieurs à ceux obtenus avec des selles normales, cet excès d'acides gras est dû probablement en grande partie à une accélération du transit digestif et ce phénomène avait été noté en son temps par PORGES.

2° La deuxième remarque est que l'alimentation doit être mixte; dans ces conditions les déterminations d'indice d'acide gras de 2 selles successives d'un même individu sont très voisines et l'écart entre 2 résultats ne dépasse pas + 10 %.

Ces remarques étant faites les selles étudiées peuvent être divisées en 3 catégories suivant leur I. A. G. :

1° **Première catégorie.** — Les selles dont l'I. A. G. est inférieur à 50° Vernes; sur 48 selles examinées 33 appartiennent à cette catégorie, soit 68 %; sur ces 33 selles ayant un indice d'acide gras allant de 12 à 50, 21 sont des selles normales, c'est-à-dire macroscopiquement homogènes, de P. H. alcalin ne présentant microscopiquement aucun débri alimentaire pathologique et ne contenant pas des parasites intestinaux. Les 12 autres selles ayant un indice inférieur à 50°, sont des selles contenant des parasites intestinaux (amibes dysentériques, lamblia, trichomonas); ces 12 selles avaient des réactions de collage toutes négatives, sauf une dont l'indice acide gras atteignait 44.

2° **La deuxième catégorie** contient les selles dont l'indice d'acide gras est compris entre 50 et 100. 9 d'entre elles sont des selles macroscopiquement et microscopiquement anormales, c'est-à-dire des selles contenant des résidus digestifs (graisses neutres, fibres musculaires intactes, nombreux débris et féculents, cristaux d'acide gras) ou alors des selles décolorées de lithiase vésiculaire; les 3 autres selles étaient normales macroscopiquement mais contenaient des amibes dysentériques et présentaient des réactions de collage positive ou bien contenaient une pullulation de lamblia. Une d'entre elles est une selle de gastrectomisée.

3° **La troisième catégorie** contient les selles dont l'I. A. G. est supérieur à 100, on y trouve 3 selles ayant respectivement un indice de 116, 139, 160.

La première est celle de Mme Bu, qui présente depuis 3 ans une diarrhée persistante, fétide à raison de 4 à 5 selles par jour; à l'examen microscopique on découvre un véritable amas de cristaux d'acide gras en paquet d'épingle; si on chauffe la lame, on retrouve la disposition en globules huileux réfringents constituant de grands lacs occupant le 1/4 du champ microscopique; la selle était littéralement bourrée de lamblia; les réactions de collage étaient positives, le taux des graisses dans l'extrait sec était de 54 %.

La 2e a un taux de 139, c'est la petite Martine L. (Dr CARUANA), qui présentait une diarrhée importante avec phénomènes de dénutrition, anémie, etc... Les selles étaient mastic, en tas, type pâte à modeler : à l'examen microscopique, on ne découvre rien, sinon quelques globules de graisses neutres et aussi quelques rares cristaux d'acide gras.

Par contre le taux des lipides dans l'extrait sec des selles atteignait 60 % au lieu de 20 %; une épreuve de bilan avait montré un coefficient d'absorption de 73 % au lieu de 95 %; les graisses étaient sous forme de savons impossibles à identifier microscopiquement L'indice des acides gras atteignait 155 et 139 au cours de 2 examens pratiqués à 6 jours d'intervalles. Le diagnostic de maladie coeliague fut posé et confirmé à Paris par MM. LAMY et CATHALA.

La 3e selle appartient au Petit Ald. (Dr HAMZA), enfant de 2 ans présentant un syndrome de dénutrition avec des selles nombreuses peu colorées; là le taux des acides gras fut de 160; les cristaux d'acide gras étaient nombreux dans les selles; le taux des lipides de l'extrait sec atteignait 36 %; à l'examen chimique les pigments biliaires avaient presque disparu des selles; sans doute s'agissait-il là d'une grosse insuffisance hépatique de l'enfant ?

CONCLUSIONS

La première conclusion, qu'il convient de tirer de cette étude est que s'il n'est pas possible de traduire directement en valeur absolue d'acides gras, les indices trouvés, il existe cependant un certain parallélisme entre ces indices et les autres recherches des graisses dans les selles.

La deuxième conclusion est qu'il existe un certain nombre de selles à indices d'acide gras élevés sans que cependant on puisse parler de Steatorrhée ni cliniquement ni biologiquement. Peut-être s'agit-il de sujets présentant une prédisposition à la diarrhée graisseuse ? Il serait intéressant de répéter à plusieurs reprises ces examens pour suivre cette évolution. Peut-être y trouverons-nous des éléments pour le diagnostic précoce de la Steatorrhée ?

La troisième conclusion, est le rôle important que joue le parasitisme intestinal dans l'absorption des graisses, en particulier la lambliase. Ce phénomène est classiquement connu et en particulier M. le Dr CATTAN nous en a donné une belle observation dans un récent numéro de la « Semaine Hôp. Paris ».

Je m'excuse d'avoir peut-être tiré des conclusions un peu hatives d'une statistique encore peu étendue.

Si je l'ai fait, c'est pour 2 raisons :

D'abord, parce qu'il m'a semblé que cette technique, rapide, facile à exécuter, pouvait rendre un certain nombre de services à des spécialistes

qui s'intéressent à cette question et qu'il était de mon devoir de faire le point avec eux devant, d'aller plus avant.

Ensuite, parce qu'il m'a paru anormal qu'une Journée de Gastro-Entérologie se tint en Tunisie sans qu'elle ait à son ordre du jour la question si actuelle de la digestion et de l'absorption des graisses.

RESUME

La coprologie digestive conserve un grand intérêt dans l'étude de la digestion et de l'absorption des graisses.

L'examen microscopique des selles reste peu sensible et imprécis; l'examen chimique complet, trop long, délicat et coûteux.

L'auteur étudie une technique de dosage des Acides Gras dans les selles (inspirée de selle de Goioffon et Nepveux). Après avoir effectué 48 déterminations d'I.A.G. (Indice Acides Gras), l'auteur conclut que ce dosage, simple, rapide, peut être utile aux diagnostics des Steatorrhées et à l'étude de la digestion des corps gras.

BIBLIOGRAPHIE

Ch. DEBRAY, E. CHOPPY, J. AUBRION et C. FAUGERAS : Sem. Hôp. Paris, 30e année, p. 204.

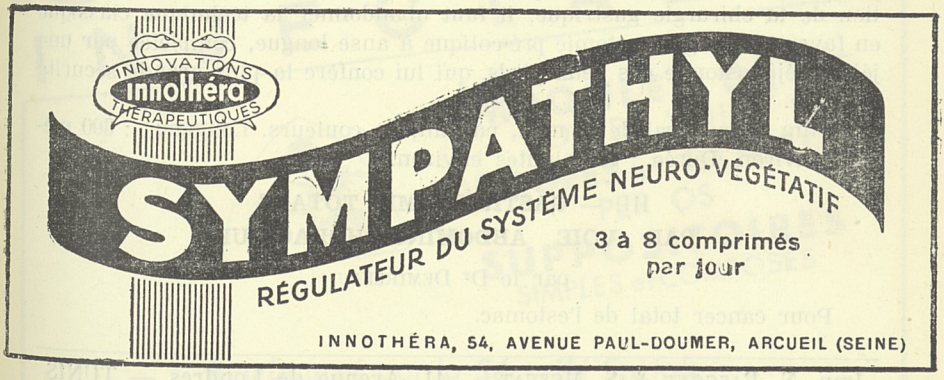
FROELICH et BUYSSENS. Acta Gastro Enterologica Belgica. Juin 1952, p. 487.

R. CATTAN et P. LUMBROSO : Sem. Hôp. Paris, 29e année, p. 3726.

R. CATTAN : Sem. Hôp. Paris, 29e année, p. 3721.

J. J. DUBARRY et H. P. CASTETS : Soc. Nat. Gastro-Entérologie. Séance du 11 octobre 1953.

GOIFFON : Manuel de Coprologie clinique. Masson.



TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly Tunis

PRÉSENTATION DE FILMS

—o—

I. — LA GASTRECTOMIE DE SECURITE

par le Dr L. DIAMANT-BERGER

—o—

Ce film a pour objet de démontrer la supériorité de la voie pré-colique sur la voie trans-méso-colique.

Y sont étudiés les dangers et les accidents de la traversée du méso-côlon, de même que les causes du mauvais fonctionnement des bouches et les raisons du lâchage des sutures duodénales.

L'étiologie de l'ulcère peptique est également évoquée.

La voie pré-colique nécessitant l'utilisation d'une anse jéjunale longue, il est indispensable de terminer l'opération par une anastomose entre les deux pieds de cette anse.

Ainsi la gastrectomie pré-colique, complétée par une jéjuno-jéjunostomie mérite-t-elle le nom de gastrectomie de sécurité.

Les dessins et les maquettes de ce film ont été exécutés par André MARAIT.

Film en 16 mm., sonore, en couleurs. Longueur : 360 mètres. Durée : 32 minutes.

II. — ULCERE PEPTIQUE

par le Dr L. DIAMANT-BERGER

Ce film, d'un montage très cinématographique, est composé de séquences provenant de plusieurs malades. Les vues opératoires y alternent avec des radios, des documents histologiques et de nombreux dessins animés, exécutés par André MARAIT.

L'Auteur se propose de démontrer que la cause principale de l'ulcère peptique n'est autre que la traversée du méso-côlon.

Si, par conséquent, on veut prévenir et guérir cette grave complication de la chirurgie gastrique, il faut abandonner la technique classique en faveur de la gastrectomie pré-colique à anse longue, complétée par une jéjuno-jéjunostomie des deux pieds, qui lui confère la plus grande sécurité possible.

Film chirurgical de 16 mm., parlant, en couleurs. Longueur : 300 mètres environ. Durée : 25 minutes environ.

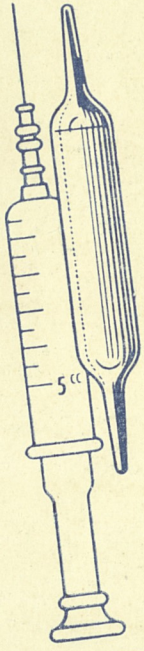
III. — GASTRECTOMIE TOTALE PAR VOIE ABDOMINO-THORACIQUE

par le Dr DEMIRLEAU

Pour cancer total de l'estomac.

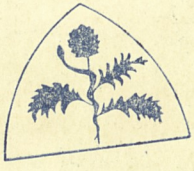
Imp. N. BASCONE & S. MUSCAT — 41, Avenue de Londres — TUNIS
Le Gérant : L. LEMOINE — 8, Place du 7 Mai 1943 — TUNIS

AZOTÉMIE
SCLÉROSE
OLIGURIES



Métabolisme de l'azote du cholestérol et de l'eau

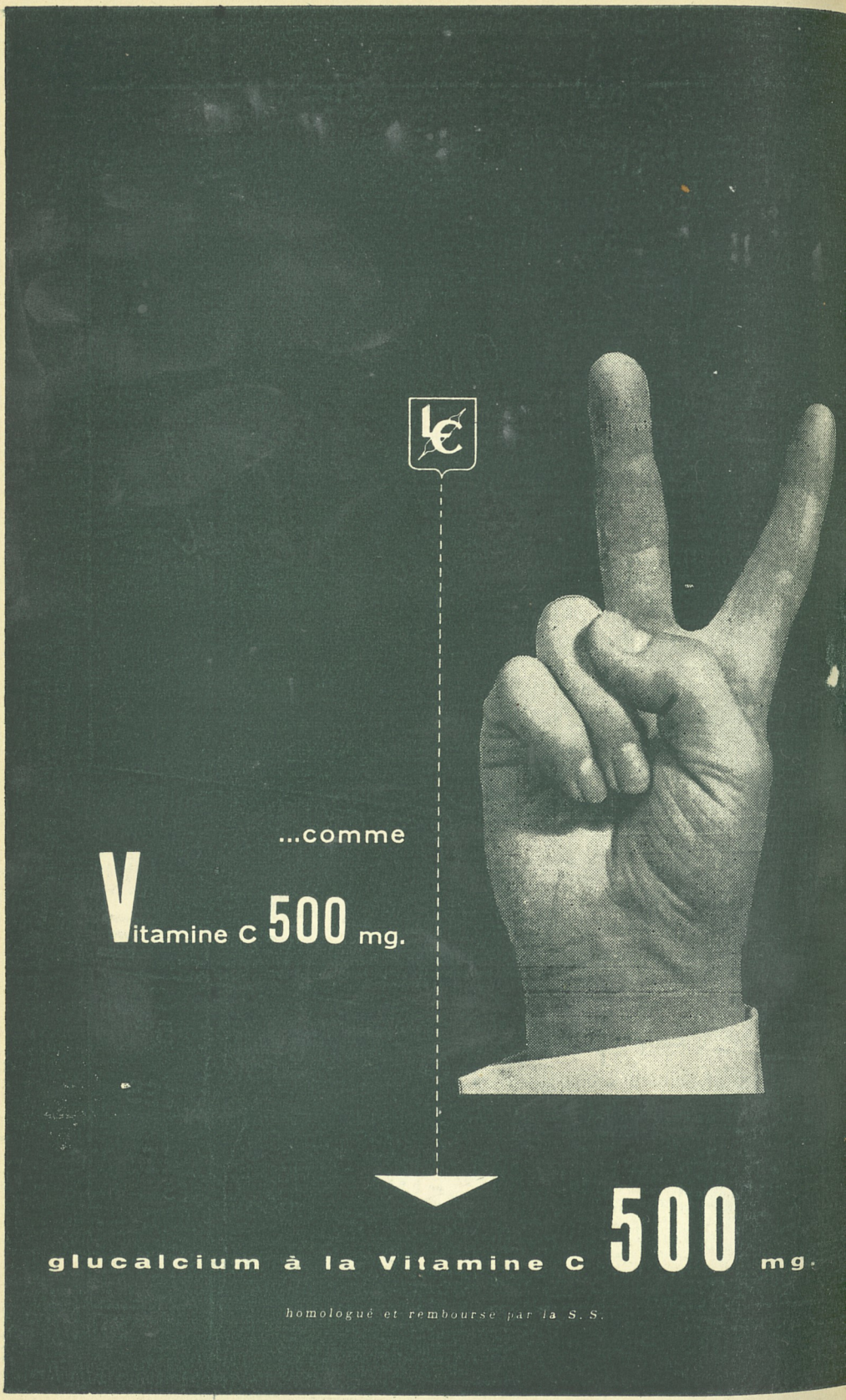
CHOPHYTOL
INJECTABLE



AMPOULES DE 5cc
TOUTES VOIES
DRAGÉES ET GOUTTES
PER OS
SUPPOSITOIRES
SIMPLES et COMPOSÉS

Remboursé par la Sécurité Sociale

LABORATOIRES ROSA - 11, RUE ROGER-BACON - PARIS



TUNISIE — Ets NOTE, 61, Avenue Gambetta — Tél. 87.000 — TUNIS

N° 8 Septembre-Octobre 1954

LA TUNISIE MEDICALE

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

et

BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI RÉUNIS

Siège Social : 25, Avenue de Paris — TUNIS

IODOTHÉRAPIE INTENSIVE ET PROLONGÉE

IODHEMA

Ampoules - Comprimés - Solution

LABORATOIRE NATIVELLE — 27, Rue de la Procession, PARIS 15

Draeger

BIPHÉDRINE

PÉNICILLINE

HUILEUSE AQUEUSE

EPANAL

COMPRIMÉS

SUPPOSITOIRES 1 · 2 · 3 · 5 · 10

NÉO-CODION

SUPPOSITOIRES

GOUTTES DRAGÉES

GASTRO-SODINE

PLURIBIASE

LABORATOIRES DU DOCTEUR E. BOUCHARA, 47, RUE DE BRETAGNE, PARIS III°

XXXIIe ANNÉE - No 8
Septembre-Octobre 1954

LA TUNISIE MÉDICALE

ORGANE DE LA SOCIÉTE DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS, DU CONSEIL DE L'ORDRE DES MEDECINS DE TUNISIE

et

BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI RÉUNIS

Comité de publication

— Le Rédacteur en Chef	Dr M. Uzan	Comité de lecture
— Le Rédacteur en Chef Adjoint	Dr J. Cuénant	
— Le Président de la Société des Sciences Médicales	Dr Dupoux	
— Messieurs les	Dr H. Bonan	
	Dr M. Hadjoudj	
— Le Secrétaire de la Société des Sciences Médicales	Dr A. Sebag	
— Le Secrétaire du Conseil de l'Ordre	N.....	
— Le Secrétaire du Syndicat Médical Français et Tunisien	Dr H. Coursières	
— Le Secrétaire du Syndicat des Médecins Tunisiens	Dr M. Azaïz	

Administration : L. Lemoine, 8, passage du 7 Mai — Tunis
Téléphone : 72-55

Publicité pour la France : **Stéphane BATARD**
4, Place de l'Hôtel de Ville - Le Raincy (S.-et-O.)
et 8, Rue Montyon - Paris IXe - Téléph. Provence 68.60

Reproduction interdite
Tous droits réservés pour tous pays

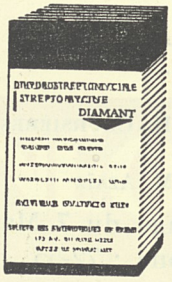
La Rédaction du Journal informe MM. les Auteurs que, devant les difficultés accrues qu'elle rencontre, elle se trouve dans l'obligation de n'accepter que des textes dactylographiés, sans renvois ni corrections à la main.

DIHYDROSTREPTOMYCINE
STREPTOMYCINE

DIAMANT

NEURO-TOXICITÉ RÉDUITE

permet les traitements de longue durée.





PRÉSENTATION

flacon contenant
0,50 g. de Dihydrostreptomycine
(à l'état de sulfate)
0,50 g. de Streptomycine
(à l'état de sulfate)

SOCIÉTÉ DES ANTIBIOTIQUES DE FRANCE
67, Boulevard Haussmann, Paris 8e
ANJou 46-30

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

SOMMAIRE (1re Partie)

PAGES

Pour une médecine humaine, par Félix Masselot 863

Société des Sciences Médicales de Tunisie 881

Maladie d'Isambert (granulie pharyngée) rapidement guérie par les antibiotiques antibacillaires, par A. Corcos et A. Pérez . . 883

Infection aiguë à virus grippal « A », à localisations multiples, par les Drs Benmussa, Saffar et Nullet 887

Diagnostic électrocardiographique de l'embolie pulmonaire, par H. H. Cohen et Yvan Boulakia 893

Etude comparée électrophorétique du sérum et des urines chez les femmes atteintes de toxémie gravidique, par Guillaume Lévi 899

A propos de la communication des Drs Koskas, Piétri et Bembaron sur un cas de lobectomie pour cancer du poumon, par les Drs Roger Ganem, Henri Coursières et Jacques Barsotti . . 903

Bilan de la campagne de Tunisie contre les maladies oculaires (Période du 1er janvier au 31 juillet 1954) 909

ASSOCIATION ANTISÉBORRHÉIQUE ET TRICHOGÈNE DE 2 ACIDES AMINÉS SOUFRÉS

LOBAMINE CYSTÉINE

REMBOURSABLE AUX ASSURÉS SOCIAUX

INDICATIONS
ÉTATS ALOPÉCIQUES ET PELADIQUES
CALVITIE PRÉCOCE
ÉTATS SÉBORRHÉIQUES
INDICATIONS DE LA THÉRAPEUTIQUE AMINO-SOUFRÉE EN PATHOLOGIE GÉNÉRALE

MÉTHIONINE . . 0,35 g
CYSTEINE . . . 0,15 g
Pour un Cachet
4 à 6 cachets par jour
PÉRIODES DE 20 JOURS

LOBICA

LABORATOIRES LOBICA, 25, RUE JASMIN — PARIS 16e

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

NOUVEAU !

On peut faire une cure de

Verrulyse

sans avoir de verrues

★

véritable aliment magnésien ***Verrulyse*** *facilite l'anabolisme cellulaire et fait disparaître les verrues, symptôme banal de*

DEMINERALISATION



GRANULÉS

parfumés à la framboise

★

POSOLOGIE

une à deux cuillerées à café par jour

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE

Remboursé par la Sécurité Sociale

Verrulyse

PRODUITS BONTHOUX

VILLEFRANCHE (RHONE) FRANCE

Ed. PUBLIREX

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

SOMMAIRE (2me partie)

PAGES

Conférence sur l'immunisation organisée par l'O. M. S. à Francfort-sur-le-Main (15 au 20 mars 1954) 918

Analyse et synthèse dans le diagnostic médical, par Félix MASSELOT 927

Syndicat des Médecins Tunisiens 933

Société de Médecine de Paris 935

Société Médicale des Hôpitaux d'Alger 948

Informations 958

Livres reçus 965



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

OPO VEINOGÈNE

CALSCORBAT

LEVULOSE CHOLINE BIOSEDRA

GADEOL 20

MIGYL

Biosedra

Laboratoire **BIOSEDRA**, 28, Rue Fortuny, Paris-17e, Tél. CARnot 20-22 et 23

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

POUR UNE MÉDECINE HUMAINE

par Félix MASSELOT

—o—

Dans un livre déjà ancien : Nouvelles conversations de GOETHE *avec* ECKERMANN, BLUM *a formulé des critiques, très vives à l'égard des médecins. Si nous ne saurions accepter, ni l'outrance de la thèse, ni sa généralisation abusive* (POTAIN *seul, trouvant grâce devant lui*) *convenons, en toute humilité, qu'il a parfaitement caractérisé un mal dont nous souffrons et qui n'a fait que s'exagérer avec le temps.*

Voici quelques passages de sa diatribe :

« Mon aversion pour les médecins, procède de ceci : que la con-
« science, le scrupule du savant leur font entièrement défaut... Les
« médecins ne font aucun effort pour appliquer aux cas particuliers
« leurs connaissances théoriques et leur expérience générale. Ils
« feuillettent rapidement leur mémoire pour vérifier si la maladie
« rentre dans une des catérogies classées, mais, ils sont incapables du
« travail inverse. Et, tandis qu'un vrai savant, n'aurait ni trêve, ni
« repos, jusqu'à la solution satisfaisante du problème, eux, sitôt la
« porte franchie, pensent déjà autre chose. Cet état d'esprit révèle
« l'absence de scrupule scientifique. Mais il dénote aussi une véritable
« immoralité. Les médecins se donneraient un peu plus de peine si,
« une fois dans leur vie, ils avaient fait un effort sincère pour conce-
« voir l'état d'esprit de celui qui les consulte ou qui les attend ».

BLUM *prend l'exemple d'une mère qui attend angoissée, celui dont dépend le salut de son enfant et il enchaîne :*

Arrive un homme, jeune ou vieux, qui tire sa montre, pose d'une
« voix indifférente des questions dont il n'explique pas le sens, re-
« garde et manie l'enfant comme un objet inanimé, griffonne sur un
« chiffon de papier quelques formules cabalistiques, puis tire sa mon-
« tre, empoche son salaire et sort en calculant qu'avant midi, il lui
« faudra faire encore huit ou dix visites. A toutes les questions anxieu-
« ses, il a répondu en diplomate, d'un ton distant et évasif. Il ne s'est
« pas posé le problème scientifique du mal; il n'a pas senti l'émotion
« humaine de la souffrance. Il a accompli sa tâche professionnelle
« avec l'exactitude formaliste de l'employé à son bureau... »

BLUM *incrimine l'éducation insuffisante et les conditions déplorables de la vie professionnelle des médecins et attaque leurs maîtres dont l'exemple est pernicieux, selon lui, « car leur suffisance, leur âpreté ambitieuse, leur avidité, leur cynisme, sont des spectacles révoltants ».*

Encore une fois, l'excès même de cette philippique la rend inopérante. Il n'empêche que trop souvent, le malade est dépersonnalisé aux yeux du médecin, qui, ne voyant en lui que la maladie, oublie l'homme souffrant qu'il demeure avant tout. Or, de plus en plus, en ce temps où se développent spécialités et techniques, il convient de ne pas considérer le patient « comme un objet inanimé » et de s'efforcer de parvenir à une médecine humaine.

Dans la « Chirurgie Discipline de la Connaissance » LERICHE écrit : on peut craindre de voir reparaître cette primauté de la technique et méconnaître le véritable esprit de la thérapeutique ». Il plaide contre **la confusion des valeurs** et veut que les chirurgiens demeurent ce qu'ils doivent être « des serviteurs compréhensifs et respectueux des malades », qu'ils ne perdent pas de vue la « Présence de l'homme dans la chirurgie ». « La pensée humaniste, conclut-il nous fait un devoir de ne rien négliger de ce qui peut apporter un jour, une **amélioration au sort de l'homme malade** ». C'est en m'abritant derrière cette autorité indiscutée, que j'ose aborder un sujet aussi délicat, objet de mes pensées depuis de longues années et qui me paraît aujourd'hui d'une actualité brûlante.

Nul ne peut nier en effet que la médecine, de nos jours, **s'éloigne à grands pas de ce qui constituait le plus haut idéal de nos lointains devanciers** et cela pour de multiples raisons, que je ne ferai qu'effleurer, car je les ai déjà développées ailleurs :

D'abord, **le type Balsacien du médecin de famille tend à disparaître.** Ainsi le malade perd son ami des bons et mauvais jours, à qui il pouvait se confier sans réticences. De toute évidence, le médecin de famille devient **une figure du passé**, en premier lieu, parce que les connaissances médicales dépassent les facultés d'un seul homme et que le malade ne l'ignore pas, ensuite, en raison de ce que magazines et gazettes, vulgarisent les questions médicales, diminuant d'autant le prestige du médecin, à quoi s'emploient les littérateurs de tous poils, depuis MONTAIGNE jusqu'à ROMAINS, en passant par MOLIÈRE et, il faut bien le constater, nombre de médecins, inconscients du fait que dénigrer un confrère, c'est se diminuer soi-même. Comment d'ailleurs, le médecin de famille subsisterait-il, alors que la famille se désagrège ? Le temps où elle se groupait à l'ombre de son clocher est révolu, ainsi que celui de la puissance paternelle et du respect des traditions. nous sommes à l'époque des J 3, ne l'oublions pas ! Nous sommes surtout, à un moment où, comme l'écrivait naguère NICOLLE, dans Biologie de l'invention : « Lentement, non point insensiblement, notre civilisation s'achemine, par la perte de l'individuel, vers une fin monstrueuse, où les fonctions, la pensée, prendront un caractère collectif ».

Le médecin également, s'éloigne de l'humain, parce qu'il existe **un désaccord qui va grandissant, entre les exigences d'un exercice humain, qui restent ce qu'elles ont toujours été et les conditions actuelles de la profession médicale, qui sont bouleversées par l'évolution de la vie et des esprits.**

Le médecin de nos jours, est **l'esclave de la montre.** Il est tributaire d'une sorte de travail à la chaîne, qui lui laisse bien peu de loisirs pour s'occuper d'autre chose que **de rendement.** Au surplus, la médecine **se commercialise, chaque jour davantage.** La notion de profit, dont meurt le capitalisme et dont pourrait bien mourrir aussi, la médecine libre, s'impose de plus en plus aux esprits, non que le médecin moderne soit


Rhumatismes....
Thionaïodine V
Vitaminée B,
INJECTABLE
100 MGRS.
COMPRIMÉS
100 U. I.

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

plus avide que ses devanciers, mais du fait que la vie est de plus en plus difficile, les barrières morales, de moins en moins solides (or dans notre profession, il ne suffit pas de respecter les prescriptions du code) la concurrence de plus en plus âpre.

Enfin l'abus de la spécialisation et son corollaire, le triomphe des techniques, concentrent l'attention sur la maladie et la détournent du malade.

Si paradoxal, qu'il semble de prime abord, l'**invasion, par ailleurs si bienfaisante, de la médecine par le social**, accélère le mouvement. La pénétration du Social, en médecine, c'est en bref, l'action collective et l'intervention des pouvoirs publics, donc, l'excuse pour le médecin, qui n'a pas la foi robuste, d'éluder une partie de ses responsabilités personnelles, de se décharger de la partie humaine de ses obligations, sur la collectivité.

Seulement, le malheur est que **la maladie est une abstraction et qu'il n'existe que des hommes malades.** Négliger l'homme, c'est dans tous les cas, faire œuvre incomplète, c'est souvent compromettre le résultat de l'acte médical. Le triomphe d'un organisme sur la maladie, ce n'est pas seulement celui de ses forces de résistance, plus ou moins secondées par une thérapeutique judicieuse, c'est aussi celui **de l'énergie du malade.**

Il faut, non seulement vouloir guérir, ce qui est le cas de la généralité des malades, mais **le vouloir de façon effective et intelligente.** Et c'est en cela, que l'aide du médecin s'avère particulièrement précieuse.

En effet, non seulement l'effort doit être continu, sans périodes de lassitude ou de désespérance, mais encore, le malade, qui s'essoufle dans l'espoir de mieux progresser vers la fin de ses maux, se fixe dans la maladie et devient facilement un obsédé. Penser sans cesse; je veux guérir; être absorbé à toutes les minutes de la journée, par la considération de ce qui facilite ou contrarie la cure, c'est s'user moralement sans profit, c'est s'hypnotiser sur l'obstacle à franchir et avoir de bien grandes chances de manquer le saut. Le malade doit, au contraire, s'efforcer de vivre aussi banalement que faire se peut, dans les limites commandées par son état, ce qui est possible, si la douleur ne le lui rappelle pas à chaque moment.

Or, sur les bancs de la Faculté, l'**étudiant n'a jamais entendu parler de ces questions.** Et dans ses stages hospitaliers, les a-t-il vues souvent aborder ? Si bien, que lors de son installation, le médecin improvise en cette matière, se servant de formules passe-partout qu'il a imaginées, comme il emploie les quelques formules préparées, pour ne pas être pris de court dans ses prescriptions thérapeutiques. A l'usage, il se rend compte, qu'il fait fausse route, car il est impossible de se comporter de façon identique, avec l'homme cultivé et l'ignorant, avec l'esprit religieux et l'athée, avec l'excité et le déprimé; l'attitude doit varier avec le caractère des patients.

De plus, l'expérience apprend qu'un homme ne représente pas un type psychologique, fixé une fois pour toutes, qu'il évolue sans cesse, en fonction du temps, des circonstances et des fluctuations de sa santé et qu'il faut en tenir compte.

D'ailleurs, quelles connaissances psychologiques possède le jeune médecin ? même celui qui a eu une orientation philosophique. Son bagage consiste en une série de souvenirs, dont la plupart ne sont que de faux points de vue, sur un homme intérieur (celui de la philosophie classique) inexistant, en tant qu'entité séparée. Connaît-il la vraie psychologie, celle qui doit partir de l'action, c'est-à-dire de la vie ? Mémoire, attention, volonté, sont des mots vides de sens quand ils ne s'appliquent pas à un objet réel de notre monde quotidien. Ce ne sont pas non plus facultés isolées, fonctions séparées, correspondant à des territoires différents dans le cerveau. Pour vouloir, il faut user d'attention. Il importe de se souvenir pour imaginer et l'on ne peut vouloir sans imaginer. Tout est indissociable dans le fonctionnement du cerveau et surtout, rien n'est possible, en fait d'opérations cérébrales, sans l'union de la pensée et du sentiment qui la sous-tend et lui donne de l'intérêt, donc du dynamisme.

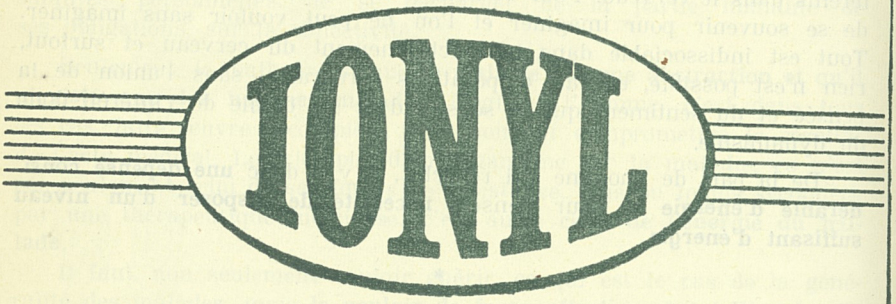
De la part de l'homme qui réfléchit, il y a donc **une dépense considérable d'énergie** et pour penser, **nécessité de disposer d'un niveau suffisant d'énergie.**

*
* *

Simone Weil a écrit fort justement dans ses cahiers, que la **psychologie devrait être reconsidérée en fonction de la notion d'énergie.**

W. Ostwald, s'attache également au concept d'énergie. Pour lui « c'est dans l'énergie que s'incarne le réel ». Elle est, dit-il, le réel dans un double sens.. D'abord, parce qu'elle est ce qui agit, ensuite parce qu'elle permet « d'indiquer le contenu des événements ». Grâce à ce concept, le monde n'apparaît pas, comme une collection de choses juxtaposées, mais « comme un tout, dont les parties sont unies organiquement entre elles et se prêtent un mutuel appui ». Ostwald, pense que « les phénomènes psychologiques peuvent être conçus comme des phé- « nomènes énergétiques et interprétés comme tels, aussi bien que tous « les autres phénomènes ». Il supprime ainsi le dualisme esprit-matière. La matière est un complexus d'énergie, mais la notion d'énergie est beaucoup plus large. L'énergie nerveuse, ne serait qu'une variété d'énergie physique transformée, on pourrait identifier, selon lui, les phénomène psychologiques avec les variations d'énergie. Ce n'est certainement pas dans ce sens, que Simone Weil conçoit l'énergie et d'ailleurs Ostwald n'a pas été suivi dans son audacieuse hypothèse. Certes, il est permis de penser, que c'est cette forme physique d'énergie, qui s'inscrit dans les encéphalogrammes, de même que c'est une forme physique d'énergie, que l'on détecte dans les tracés du cardiographe ou de l'ergographe, mais il est logique de penser, qu'elle n'est qu'un support ou un effet,

MÉDICATION
BIO-ÉNERGÉTIQUE
COMPLÈTE



ÉTATS DÉPRESSIFS
USURE ORGANIQUE
NEURO-ARTHRITISME

RÉSULTAT IMMÉDIAT
INNOCUITÉ ABSOLUE

ÉCHANTILLONS ET LITTERATURE : **LABORATOIRES "LA BIOMARINE", DIEPPE**

AGENT GÉNÉRAL POUR LA TUNISIE : **Éts NOTE, 61, avenue Garros, TUNIS — Tél. : 97.090**

d'une force qui la dépasse infiniment et que,, pour ma part, je conçois mal comme appartenant en totalité au domaine physique.

Quoi qu'il en soit, il existe des cervaux chez qui le flux énergétique, reste à l'étiage, d'autres où il est en crue. Pour la majorité des individus, le cerveau joue un rôle de condensateur, qui se charge ou se décharge suivant les circonstances, et en fonction, des réactions du corps vis-à-vis du monde ambiant, des variations dans le fonctionnement du corps et des modifications de l'état psychique.

Certains malades, sont capables, par leurs ressources personnelles, de maintenir leur potentiel à un niveau à peu près constant et suffisamment élevé. Ce sont ceux que vise William James dans la description suivante :

« Un malade peut volontairement détourner son attention de son « avenir, dans ce monde et dans l'autre. Il peut s'habituer à regarder « ses misères d'un œil indifférent, se tenir au courant des événements « publics et s'intéresser à ce qui arrive aux autres. Il peut s'appliquer « à montrer toujours un visage serein, à ne jamais parler de ses misè- « res... un tel homme, malgré ses infirmités, atteint le plus haut degré « d'épanouissement moral. Ce n'est pas un esclave plaintif. C'est « ment un homme libre, une grande âme ».

Pour lui, deux types d'hommes, parviennent à cette réussite : **le stoïcien et le chrétien** (nous dirons l'esprit religieux).

Le Stoïcien considère avec Epicthète que « ce qui trouble les hommes ce ne sont pas les choses elles-mêmes, mais les opinions qu'ils en ont ». Or, dit Marc Aurèle « tout ce qui arrive, est aussi ordinaire que la rose au printemps et le fruit mûr en été ». La sagesse qui gouverne le monde sait bien ce qu'elle fait et « tout ce qui arrive à chacun est utile à l'univers » et même mieux encore, « utile aux autres hommes ». Il faut en conséquence accepter les tribulations de la vie et surtout la mort « qui met fin à la rebellion des sens, à la violence « des passions » aux écarts de la pensée à la servitude de la chair » et avoir l'élégance de partir sans murmurer, là, où se sont déjà rendus tant d'autres, parmi nos prédecesseurs, plus méritants et plus illustres que nous !

Il en va tout autrement du **chrétien** (nous dirons toujours de l'esprit religieux). Il dédaigne dit W James, « l'attitude boudeuse et la mine renfrognée du valétudinaire » à l'égal du Stoïcien, seulement, pour l'esprit religieux, « la crainte n'est pas seulement écartée, mais coupée à la racine ». Pourquoi ? Le Père Regamey dans « la Croix du Christ et celle du chrétien » va nous l'expliquer :

Il est inutile de chercher à comprendre la souffrance, qui, surtout par son injustice, apparaît comme un scandale, voire même une absurdité. Elle est un mystère opaque pour nos esprits, or, pour le chrétien, souffrir, ce n'est pas « tomber dans l'abattement, non plus que dans l'insensibilité, ni s'exalter d'orgueil, **mais croître à la fois, en force et**

en douceur, c'est attester le principe de vie qui a raison du désordre ». Grâce à la souffrance, ce principe s'affirme pour ce qu'il est, une **foi vivante**. A la question la plus angoissante que depuis l'aurore des siècles l'humanité se pose, question à laquelle, le penseur privé JOB (comme l'appelle son admirateur KIEBKEGAARD) a donné une forme définitive, Dieu seul peut répondre. Or, il répond, ainsi que l'a bien senti CLAUDEL, « non par une explication, mais par une présence. » La souffrance, incompréhensible à tous et à nous-mêmes, nous mure dans une solitude où Dieu seul peut nous visiter.

De là découle l'incomparable énergie des saints en dépit de la souffrance. Ils restent aussi fermes que JOB dans leur confiance en Dieu, mais le surpassent infiniment, par leur joie, qui éclate malgré leurs misères. JOB clame bien en effet « quand Dieu me tuerait je ne laisserai pas d'espérer en lui ». Mais il ne peut retenir ses plaintes : « je n'ai point pêché et cependant mon œil ne voit rien que de triste et d'affligeant... » « quand je me souviens de mon état, j'en suis épouvanté moi-même et j'en tremble de tout le corps ». Au contraire, Ste THÉRÈSE D'AVILA ne s'apitoie pas de se voir « si percluse à un âge si tendre » et écrit : « Si je désirais encore revenir à la santé, je supportais mon mal avec beaucoup de joie ». Et St François D'ASSISE agonisant, ajoute à son Cantique du soleil, une strophe qui commence par : « Loué sois-tu, mon Seigneur pour notre sœur la mort corporelle... »

Ce progrès moral considérable, depuis les temps bibliques, est dû, de toute évidence, à ce que le regard de tous les chrétiens est tourné vers la Croix du Christ.

Point n'est besoin à l'esprit religieux, de bander ses muscles et de retenir son souffle, comme le Stoïcien, pour finalement succomber à l'affaissement inévitable, si la situation se prolonge. C'est ce que note avec profondeur le P. REGAMEY dans un passage où il traite de la lutte : L'âme, qui ne cède pas à l'appel du néant qui est la souffrance, qui se rebelle et ne voit en elle que l'ennemi à combattre, se durcit dans cette lutte « ce durcissement de « l'orgueil, ce rétrécissement d'une personna- « lité qui n'est plus que bandée pour le combat, sont un triomphe pour « la souffrance : elle a eu raison de la souplesse, de la diversité, de « l'aisance, qui sont les caractères essentiels de la vie ». Il conclut à la nécessité de l'existence d'un principe actif, plus fort que la souffrance, qui l'assimile en quelque sorte « lui conférant, à elle-même, une valeur de vie et la faisant dépasser ».

Voilà le terme où aboutit le chrétien, tandis que le Stoïcien, n'arrive qu'à l'ataraxie, l'apathie, quand ce n'est pas au suicide !

Il est juste d'admettre, que toute foi vivante, même non religieuse, a des pouvoirs similaires, pourvu qu'elle soit sentie au point d'oublier sa propre souffrance, pour ne songer « qu'aux lendemains qui chantent » pour la joie des autres.

Se rattachant à l'esprit religieux, il nous faut parler maintenant, de

la **mind-cure**, que pratiquent, avec d'incontestables succès, des centaines de milliers d'anglo-saxons. W. JAMES en fait une étude magistrale dans « L'Expérience religieuse ». Les initiateurs de cette nouvelle foi, « ont eu l'intuition de **la vertu que possèdent les attitudes optimistes** de l'âme, pour nous sauver de tous les maux ». Tous les tempéraments ne sont pas perméables. Pour la mind-cure, notre infirmité essentielle est **la peur de la maladie et de la mort.** Les adeptes de cette doctrine, croient que **la part du subconscient dans la vie spirituelle est la plus considérable.**

Or, pour eux, c'est par le subconscient, que nous sommes rattachés à Dieu (point de vue panthéiste). On se croit malade, lorsqu'on est séparé de Dieu; on revient à la santé, lorsque l'union est rétablie, on se rétablit, d'abord en concentrant sa pensée sur l'idée que l'on est une **âme, unie à Dieu,** donc dispensée comme lui des misères du monde. On y est aidé par des guérisseurs, qui mêlent à leurs prières une projection de pensée sur l'inconscient du malade. Pour ces croyants, dit JAMES, le mal « **n'est que mensonge et qui en parle un menteur** ». Bien que cette explication ne puisse satisfaire que ceux qui sont convaincus à l'avance, on ne peut nier le succès des cures dans de nombreux cas. Certes, la suggestion joue un rôle non négligeable, mais il n'est pas exculsif et il faut y voir surtout un effet du **climat d'optimisme,** dans lequel baignent les malades. W. JAMES, pense qu'il a pour effet de simplifier les processus cérébraux « qui se reproduisent plus aisément, quand on supprime les processus, relativement plus complexes, dont l'influence sur les premiers, au lieu d'être régulatrice, se trouve être paralysante » et JAMES cite une phrase d'Henry WOOD qui éclaire particulièrement l'attitude des disciples de la mind-cure. « Le monde réel, pour l'âme, c'est celui qu'elle a construit elle-même, avec ses pensées, ses sentiments et ses imaginations. Si nous le voulons, nous pouvons tourner le dos au monde inférieur des sens et nous élever jusqu'au monde supérieur de l'esprit et de la réalité, pour y faire notre demeure »; nous nageons ici en plein idéalisme, loin de la vie active et repliés sur nous-mêmes.

Néanmoins, en bon pragmatiste, JAMES a retenu l'attitude morale des tenants de la mind-cure en raison de ses résultats incontestables...

*
* *

Dans toutes les guérisons qui surviennent en dehors des voies officiellement tracées, que ce soient celles dues à la mind-cure, à l'homéopathie, à la médecine chinoise ou au magnétisme, voire même, dans les guérisons supra-normales, dont LHERMITTE vient de faire un pertinent exposé dans la Presse médicale, l'esprit rationaliste du médecin, ne veut voir qu'un effet **de la suggestion.**

La suggestion joue en effet, dans tous ces domaines, un rôle considérable, mais non exclusif. Seulement, n'en est-il pas de même, pour les thérapeutiques les plus orthodoxes et dans la vie courante ? Comme elle est, quant à sa puissance, directement proportionnelle à la crédulité, il est naturel que les jeunes, les simples, les déprimés, les

MÉDICATION DE DRAINAGE DU FOIE ET DES REINS

HÉPATOSODINE

comprimés - granulé

Hépatisme, Congestion, Ictères
Cholécystites Chroniques

FOIE DES COLONIAUX

DES PALUDÉENS ET DES AMIBIENS

Médication Alcaline Polyvalente

Laboratoires **S. I. T. S. A.** - 15, rue des Champs - ASNIÈRES

AGENTS { Société **PELASMEX**, 8, Rue Ampère - **ALGER**
PELISSARD, 16, Rue Dumont d'Urville — **CASABLANCA**
BISMUTH et Cie, 4, Rue de Strasbourg - **TUNIS**

Produit remboursable par les Assurances Sociales
(Arrêté du 31 août 1949)



hystériques, y soient particulièrement sensibles. Mais, son rôle est loin d'être négligeable chez les sujets les mieux équilibrés (ainsi que le prouve le succès des slogans de la réclame ou ceux des partis politiques). Elle représente donc, pour le médecin, un procédé d'action morale de tout premier plan. Or, à la suggestion, constamment invoquée, comme explication des constatations médicales déconcertantes, à ce procédé qui joue un rôle considérable dans l'éducation de l'enfant, et dans la conduite de l'adulte, Régis, dans son précis de Psychiatrie, consacre deux pages, Laignel-Lavastine, dans sa Pratique psychiatrique, une quarantaine de lignes et Lévi-Valensi dans son récent ouvrage tout au plus deux lignes. Ce contraste est frappant autant qu'inexplicable. Ce sont en effet, les philosophes, surtout, qui se sont penchés sur ce problème et une fois de plus il nous faut constater l'interpénétration des deux disciplines, médicale et philosophique.

Si l'on se reporte au dictionnaire de Lalande, on retire de la lecture du copieux article et des commentaires, une impression de flou, voire même de confusion. Les uns, insistent sur le caractère normal de la suggestion, les autres sur son côté pathologique; les uns étendent abusivement son domaine, les autres le restreignent à l'excès; les uns (Janet) refusent à l'idée, toute puissance motrice, les autres (Delacroix) affirment que la force idéo-motrice est un fait (ce que le bon sens postule); enfin, Babinski, cédant à sa tendance bien connue, avance qu'il y a toujours une certaine part de complaisance de la part du sujet qui en est l'objet. En somme, il faut bien constater que l'opinion de chacun, reflète ses tendances particulières, ce qui enlève beaucoup de leur poids aux arguments d'autorité.

De cet article de Lalande, que pouvons-nous, retenir d'essentiel, nous, que les discussions d'Ecole ne passionnent pas ?

D'abord, que l'hétéro-suggestion à l'état de veille, la seule qui nous intéresse ici, peut se comporter comme une véritable transmission de pensée. Il est logique d'admettre que c'est le cas pour les sujets, visés par Janet et Régis, c'est-à-dire les hystériques, les dipsomanes et certains obsédés et impulsifs. Ensuite, que, souvent au contraire, la suggestion semble se réduire à une simple excitation, développant dans le cerveau du sujet, un certain ordre, une certaine orientation des idées. Je comparerais volontiers cette opération à celle en usage dans l'industrie de la perle japonaise, où un noyau étranger, provoque la formation de la perle. C'est généralement le cas, pour les personnes douées d'un psychisme normal. Il faut souligner, que suggérer n'est pas persuader (dans la persuasion il n'est fait appel qu'au raisonnement).

Enfin, il faut admettre que la suggestion, crée un déterminisme idéo-moteur (Goblot) sans que le sujet fournisse une participation active de la volonté (Delacroix). Pour cela il faut viser à contrarier ou à annihiler les représentations antagonistes (Karl Gros). Delalande, insiste sur le fait, que le pouvoir de suggestion, appartient « aux représentations

de mouvements ou d'efforts ou aux objets auxquels s'associent les idées des gestes, justifiés par la croyance en la réalité de ces objets ».

Il existe, bien entendu, une **résistance** plus ou moins grande, plus ou moins consciente, du patient qui, du fait de son état de maladie, a tendance à cristalliser ses idées autour de ce qui l'obsède. C'est pourquoi, l'influence personnelle est si grande dans les relations de médecin à malade. Certains médecins irradient la confiance par leur seule présence, d'autres, malgré toute leur science, sont incapables d'établir, un contact affectif indispensable, pour qui se mêle d'entreprendre une action morale.

L'effet de la suggestion, est **de rompre la continuité mentale chez qui en est l'objet, de rétrécir, en partie, son champs de conscience, de diminuer sa liberté de délibération et de choix** (BALDWIN)

La suggestion est une entreprise difficile, nécessitant des dispositions personnelles. Elle réclame de la part du médecin, intelligence, doigté, expérience psychologique, esprit d'altruisme, moralité parfaite; du fait du malade, des dispositions sympathiques à l'égard du médecin, un esprit suffisamment ouvert, une énergie morale suffisante, car il est impossible de suppléer à un déficit trop marqué des ressources personnelles.

*
* *

En définitive et concrètement, comment peut-on se représenter l'action morale du médecin ?

La première obligation est, dans tous les cas, de **laisser la porte entr'ouverte à l'espoir,** en tenant compte bien entendu et de la gravité de la maladie et de son caractère plus ou moins apparent, et de la mentalité du malade et surtout de l'importance de ses réactions émotives. En aucun cas, **il ne faut en cette matière faire fonds sur ses déclarations.** Mentir, est malheureusement pour nous, une nécessité fréquente, du moins ayons l'adresse que ce mensonge ne dépasse pas les limites de vraisemblance (variables suivant les sujets) !

Le médecin d'autre part, doit **s'efforcer d'obtenir du malade une acceptation de ses misères, en sollicitant de lui un effort de dépassement.** Il n'est malheureusement, ni à la portée de tous, ni possible même, dans toutes les situations et dans de trop nombreux cas, il nous faut assister impuissants au désespoir, à la révolte ou à un sombre abattement.

Privilégiés, sont ceux qu'anime **un idéal religieux** ou ascétique. Notre tâche en devient plus aisée, puisque nous n'avons plus qu'à infuser l'espoir.

Pour les malades, appartenant à d'autres catégories d'esprit, il est possible d'intervenir efficacement par un biais. En effet, l'homme qui maugrée à longueur de journée contre **son travail,** ne pense qu'au jour où il pourra le reprendre, non seulement parce que ce sera celui de sa guérison, mais parce que le travail est sa plus grande source de satisfactions.



ANDROTARDYL

POUR L'ANDROGÉNOTHÉRAPIE RETARD

REMBOURSE PAR LA SECURITE SOCIALE

SOCIÉTÉ D'EXPLOITATION DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES SPÉCIALISÉS
SERVICE SCIENTIFIQUE :
89, AVENUE DE LA BOURDONNAIS — PARIS — VIIe
TÉL. : INV 74-19

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

Sans doute, nous sommes, de nos jours, assez loin de l'époque que chantait PÉGUY dans l'Argent : « J'ai vu dans mon enfance, rempailler « des chaises, exactement du même esprit et du même cœur et de la « même main que ce même peuple avait taillé des cathédrales ». Néanmoins, « le bel honneur de métier » vers qui convergent « tous les plus beaux, tous les plus nobles sentiments », n'a pas aussi totalement disparu qu'il veut bien le dire.

Il est touchant de constater que des travailleurs, appartenant à tous les métiers, vont jusqu'à l'extrême limite de leurs forces, non pas seulement par besoin pressant, mais aussi, parce que le travail est pour eux, leur raison de vivre et qu'ils se sentent moralement amoindris, d'être réduits à l'inaction. **C'est le travail, en effet, qui valorise l'homme.** J'ai entendu, pour ma part, un chirurgien, qui se savait condamné, me dire qu'il souhaitait mourir en opérant. L'espoir, judicieusement entretenu d'une reprise professionnelle, constitue donc, pour le malade, une source d'énergie nouvelle que nous aurions tort de laisser tarir.

*
* *

Si dans toutes les maladies, l'importance du facteur moral est considérable, elle est essentielle pour le flot des malades (les trois quarts d'entre eux) que l'on qualifie de « **nerveux** », qui ne sont pas porteurs, ou n'ont pas encore de lésions organiques, tout en étant des malades, au sens propre du mot.

Pour eux, la connaissance de leurs problèmes familiaux, de leurs difficultés professionnelles, de leurs ambitions déçues, de leurs conditions d'existence, s'avère souvent plus révélatrice, que l'étude des symptômes qu'ils présentent. Or, ils ne réalisent pas, pour la plupart, la corrélation existant entre leur situation dans la société et leur établissement dans la maladie. Ils s'indignent même souvent, lorsqu'on s'attache à la leur démontrer, tant est ancré dans l'esprit du public, que ce qui est du domaine des nerfs, est plus ou moins imaginaire, voire même simulé.

C'est pourquoi, dans de tels cas, la rupture avec l'engrenage du milieu, par un voyage et même un départ à la guerre, s'est révélée salutaire; que de colitiques, de dyspeptiques, d'algiques de toutes sortes, d'asthmatiques, se sont trouvés transformés du fait du **déracinement,** rompant leurs habitudes funestes, éloignant leurs problèmes angoissants, leur permettant de fuir leurs pensées obsédantes, leurs situations insolubles et par cela même, de rétablir l'équilibre perturbé de leur système neuro-endocrinien.

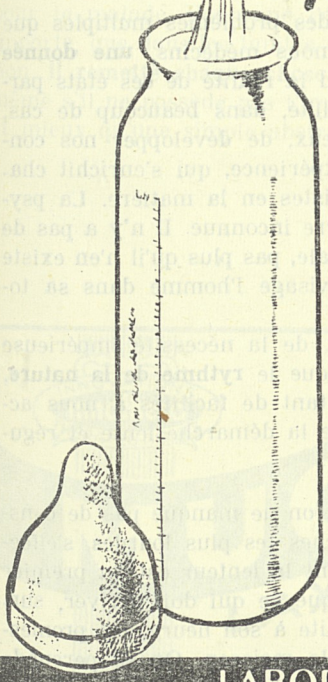
Seulement, ni les voyages, ni (heureusement) la guerre, ne sont des solutions de portée universelle et c'est en définitive à l'hygiène mentale, qu'il faut recourir, partant, c'est au médecin qu'il appartient de polariser une énergie déviée ou défaillante. Dans ces cas, comme le dit très bien WALLIS, dans « Passions et Maladies », la maladie apparaît comme une

EXTRAIT DE FOIE

PROTÉOLYSAT

PROTIGÉNYL

ingérable pour nourrissons



TROUBLES
de la
CROISSANCE

ANÉMIES - CARENCES

ALIMENTATION D'APPOINT
DES NOURRISSONS
DÉFICIENTS ET PRÉMATURÉS

Une ampoule (stérile)
par 3 kg de poids corporel
et par jour

LABORATOIRES RONCHESE - NICE

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

« réaction, anormalement irréversible, interrompant le jeu de la perpétuelle adaptation vitale instinctive ». Il ajoute, ce qui est exact, que c'est plus « la quantité (mot impropre mais que l'on comprend « sans peine) d'un état instinctif, dévié de son cours, que la qualité « des sentiments, qui constitue l'élément perturbateur et qui provoque, « tantôt un désir de compensation dans le remords, la jalousie, la colère, « la vengeance, voire même le crime et tantôt un besoin équivalent de « s'échapper dans une souffrance organique : migraines, nausées, pal- « pitation, diarrhée, impuissance... dans d'autres cas, certains indivi- « dus préfèrent (mauvais mot encore, parce qu'on ne choisit pas) se ré- « fugier dans les névroses, c'est-à-dire chercher un abri dans une réa- « lité propre, qu'ils se sont construite sur mesure, suivant les besoins « de leur cause. »

L'illogique, le paradoxal, semble naturel au malade !

Comme bien l'on pense, pour tous les problèmes particuliers, il n'existe pas de solution générale et de fait, dans son très vivant ouvrage, WALLIS apporte dix-neuf solutions différentes aux dix-neuf cas qu'il envisage. Il n'est pas en cette matière un novateur, mais un vulgarisateur de lecture facile et agréable.

S'il n'est pas de solutions passe-partout des problèmes multiples que pose l'existence, du moins existe-t-il pour nous médecins, **une donnée générale qui nous sert de guide.** C'est d'abord la réalité de ces états particuliers, leur grande fréquence, leur curabilité, dans beaucoup de cas, partant la nécessité de nous pencher sur eux, de développer nos connaissances psychologiques, d'affermir une expérience, qui s'enrichit chaque jour, en suivant les travaux des spécialistes en la matière. La psychiatrie ne doit pas rester pour nous une terre inconnue. Il n'y a pas de no man's land entre elle et la médecine générale, pas plus qu'il n'en existe entre la philosophie et la médecine, qui envisage l'homme dans sa totalité.

Il importe de nous persuader également, de la nécessité impérieuse qui s'impose à nos patients, de comprendre que le **rythme de la nature, n'est pas celui du jazz,** auquel nous avons tant de facilités à nous accorder ! Il est beaucoup plus près de celui de la démarche lente et régulière des bœufs, attelés à la charrue.

En se mettant à l'unisson avec la nature, on ne manque pas de constater, non sans quelque surprise, que les tâches les plus lourdes, s'effectuent sûrement, à cette cadence régulière, dont la lenteur est au premier abord déconcertante. On observe, en outre, que ce qui doit arriver, survient inéluctablement, si chaque chose est faite à son heure; les promesses des semailles sont tenues au temps de la moisson. On se persuade enfin, qu'en dépit de toutes les catastrophes, la vie ne subit que des éclipses, que son triomphe final est certain et qu'une vie perdue, n'est rien pour le reste du monde !

Dans le tourbillon qui nous entraîne, ces vérités sont loin d'être d'évidence. La vie urbaine, qui sollicite nos sens de tous côtés, est génératrice de faux points de vue. Le rôle de notre cerveau est facilement ravalé à celui d'un miroir où scintillent les éclairages factices et éphémères, qui nous sollicitent de toutes parts. Que devient dans l'aventure, la flamme personnelle qui doit y brûler ?

Dans « La Religion de l'Homme », Rabindranath TAGORE développe un thème, sous une forme imagée, qui n'est pas sans rapport avec ces idées. Il écrit : « L'homme construit sa cage, étendant rapidement son « parasitisme sur le monstre chose, auquel il permet de l'envelopper de « tous côtés. Il est toujours préoccupé de s'adapter aux angles inertes du « monstre, se borne lui-même à ses limites et devient simplement une de « ses parties ».

« L'insensibilité étroite d'une cité » ne peut donner une expérience du monde. La liberté, au sens où nous l'entendons, n'a aucune signification. Ce n'est pas en sachant, mais en existant que nous l'acquérons : « la Science n'est pas l'union », **La liberté nous attend là où est la vérité** « par notre union en sympathie parfaite ».

En définitive, c'est bien d'un **Rétablissement des valeurs** qu'il s'agit pour le malade. Pour que l'énergie de guérir se développe chez lui, il importe, que dans les limites de ses possibilités de compréhension et d'action, **il remette chaque chose à sa véritable place dans l'unité du Tout,** même s'il ne possède pas l'immense avantage de voir en cette unité, plus et mieux qu'une simple abstraction.



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

JUGLANE

PILULES ANTIDIABÉTIQUES
A BASE D'EXTRAIT DE NOYER

BAUME ADOL

POMMADE ANTIRHUMATISMALE

GOUTTES ADOL

GOUTTES ANTISPASMODIQUES

POTION ADOL

SIROP ANTINÉVRALGIQUE

Dépôt et Echantillons sur demande

Laboratoires du JUGLANE & ADOL Réunis
8, Rue - Jaboulay LYON

Société des Sciences Médicales de Tunisie

—o—

VENDREDI 11 JUIN 1954

—o—

Communications :

Maladie d'Isambert (granulie pharyngée) guérie par les antibiotiques antibacillaires,

par MM. André Corcos et Albert Pérez.

Un cas de pneumopathie subaiguë bulleuse suppurée,

par M. B. Hamza.

Infection à virus grippal A, à localisations multiples,

par MM. S. Benmussa, A. Saffar et Nullet.

Diagnostic électrocardiographique de l'embolie pulmonaire,

par MM. H.H. Cohen et Yvan Boulakia.



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



Pub. S. B.

PHARMOFFICE : 1, Boulevard Bugeaud — ALGER.
Diffusion Pharmaceutique Marocaine : 62, Rue St-Saëns — CASABLANCA.
SARRABIA : 35, Boulevard Vauban — MONTFLEURY - TUNIS (Tunisie).
BONNIOT : 37, Rue Miche — SAIGON (Indochine).
GUIGON : Boîte postale 513 — DAKAR (Sénégal).
SO.A.C.I.A. : Boîte postale 815 — ABIDJEAN (Côte d'Ivoire)
LABOREX : Boîte postale 872 — DAKAR (Sénégal).
Coopérative Pharmaceutique Martiniquaise : Boîte postale N° 362 — FORT DE FRANCE (Martinique).

Maladie d'Isambert (granulie pharyngée) rapidement guérie par les antibiotiques antibacillaires

par A. Corcos et A. Pérez

—o—

Les bacilloses aiguës, en particulier granuliques, ont vu leur pronostic radicalement modifié par l'apparition des antibiotiques. Cependant la rareté de la localisation pharyngée nous permet de vous présenter le cas suivant :

La jeune J. N., 12 ans et demi, se plaint le 2 février 1954, de douleurs abdominales avec vomissements répétés; la température est à 37°5.

Son médecin fait le diagnostic d'appendicite aiguë, que semble confirmer une leucocytose à 23.000 dont 83 % de poly-nucléaires.

Intervention. — Incision de Mac Burnay : à l'ouverture du péritoine, il s'écoule une grande quantité (1 litre et demi) de liquide citrin, semblable à du liquide d'ascite.

Pas de granulations visibles. L'appendice est rétrocœcal et enflammé.

Appendicectomie. Enfouissement et fermeture sans drainage.

Conclusion : Il semble s'agir d'une ascite avec réaction appendiculaire inflammatoire.

Rentrée chez elle, étant donné la constatation de l'ascite, elle fut mise au traitement suivant : par jour 1 gr. de streptomycine + 3 cuillérées à café de B.P.A.S., puis huit jours plus tard : arrêt de la streptomycine, elle prend 3 comprimés par jour de Rimifon.

Le 1er mars : elle retourne en classe.

Le 4 mars : elle commence à souffrir de la gorge.

Le 6 mars : nous avons examiné pour la première fois la malade.

Le tableau clinique était impressionnant : état toxique du visage fait d'un teint pâle terreux, polypnée, pâleur des muqueuses, sialorrhée continue, enfin dysphagie très importante atrocement douloureuse, empêchant toute déglutition même d'une cuillerée à café de liquide.

L'ouverture de la bouche montre le signe caractéristique : la présence de granulations nombreuses et diffuses à tout le pharynx, en grains de semoule, les autres plus grosses (grains de chenevis).

La température a oscillé entre 37°7 et 38°.

Aucun signe pulmonaire.

Nous avons fait un examen bactériologique de ces mucosités. Examen direct : présence de leucocytes, coccis et bâtonnets à gram +, présence de spores d'endomyces albicans.

Après coloration au Ziehl, absence de bacilles acido et alcoolo résistants.

PULMOVACCIN

Toutes les affections microbiennes du Poumon

Complexe d'Essences Balsamiques pures

TUBEROL

Voies respiratoires, Coqueluche, Broncho-Pneumonie

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

CANTÉÏNE

PASSIFLORE
(Sédative) 0,50
ELIXIR — DRAGÉES — SUPPOSITOIRES

HAMAMELIS VIRGINICA
(Décongestive et régulatrice du système vasculaire)
XXX gouttes

CRATŒGUS OXYACANTHA
(Toni-Cardiaque)
XXV gouttes

SALIX ALBA
(Fébrifuge)
0,25

MENTHE
(Stimulant)
X gouttes

Triade : Sédative, Régulatrice, Décongestive, Hyperactivée

Indication : Eréthisme cardiaque
Neurasthénie, Névroses, Menopause, Insomnie Cardiotonique Hypotensive

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

BALSEPTOL

Plaies, Brûlures
Affections gynécologiques

DISURYL

Pyélonéphrites
Cystites, Bacilluries

Pour ADULTES et FILLETTES

VACCINOVULES

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

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

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

Sur la précession de la péritonite ascitique, l'atteinte de l'état général et l'aspect de la gorge, nous faisons le Dg de granulie pharyngée et mettons la jeune fille au traitement suivant : pendant 2 jours 3 gr. de streptomycine, 8 c. d'izoniazide et 7 gr. 50 de B.P.A.S.; pendant 2 jours 2 gr. de streptomycine, 5 c. d'izoniazide et 7 gr. 50 de B.P.A.S.; la streptomycine est ensuite réduite à 1 gr. 50, puis 1 gr.

Les signes fonctionnels, la dysphagie en particulier, disparaissent très rapidement, la température dès le 10 n'a pas excédé 37°, les granulations sont progressivement remplacées par de petites plaques rouges du voile du palais, qui disparaissent à leur tour.

Mais quelques jours plus tard nous notons l'apparition de deux ganglions des dimensions d'une petite noisette, l'un médian sous maxillaire à 3 cm. du menton, l'autre préhyoïdien un peu à droite de la ligne médiane, durs, mobiles, non douloureux.

Le 12 : la gorge est rigoureusement normale.

Entre-temps nous avons fait un **Patch-test** : positif +++, et quelques jours plus tard un **cliché pulmonaire** : hile droit légèrement empâté avec acceptation des tractus broncho-vasculaires partant de la corne inférieure bilaire.

Les diaphragmes présentent une mobilité parfaite, cependant le diaphragme droit au niveau de son sinus cardiaque présente un contour émoussé; légère tramite.

Le 17 mars, il ne persiste qu'une rougeur diffuse du pharynx.

Traitement : 0,50 de streptomycine, 4 gr. de B.P.A.S., 4 c. d'izoniazide.

Devant un violent mal de tête, le 27 mars, arrêt de tout traitement jusqu'au 30, date à laquelle elle fut mise à la dihydromycine (0 gr. 50 un jour sur deux) et par jour 2 gr. de P.A.S. et 4 c. d'izoniazide.

La malade dont le poids était de 46 kg., au cours de cette affection, pèse le 15 avril, 55 kg. 300, soit une reprise pondérale de 9 kg. 300. Elle est actuellement cliniquement guérie.

Cette observation assez rare, d'une affection auparavant constamment mortelle, nous a paru mériter d'être exposée.

Récemment Etienne Bernard et Guy Arnaud ont rapporté 18 observations de guérison totale, 4 améliorations récentes et un résultat nul au cours d'une granulie généralisée.

Nous voyons à quel point le pronostic des lésions pharyngées de la tuberculose est modifié depuis l'utilisation de la streptomycine et des autres antibiotiques spécifiques : pour la première fois la maladie d'Isambert évolue vers la guérison.

la Tifomycine

CHLORAMPHÉNICOL

ACCROIT SON POTENTIEL D'ACTION PAR SES

Nouvelles présentations

VOIE GÉNÉRALE

Comprimés dosés à 0 g. 25 de chloramphénicol
Boîte de 12
Sachet de 4

Suppositoires dosés à 0 g. 25 de chloramphénicol
Boîte de 6

Poudre Aromatisée (palmitate de chloramphénicol)
Flacon de 20 g. correspondant à 1 g 50 de chloramphénicol. 4 cuillers-mesure = 0 g. 25 de chloramphénicol soit 1 comprimé

FORMES LOCALES

Collyre (chloramphénicol en solution aqueuse à 4 p. 1000)
Flacon de 10 cm³ accompagné d'un bouchon compte-gouttes

Pommade (chloramphénicol dispersé dans un excipient non gras)
Tube de 15 g. contenant 0 g. 25 de chloramphénicol

Suspension Usage Chirurgical (suspension aqueuse de chloramphénicol).
Boîte de 3 ampoules de 3 cm³ dosées à 0 g 25 de chloramphénicol.

Ne doit pas être utilisée par voie injectable.

GOUTTES AURICULAIRES **solution** à 5 p. 100.

LES LABORATOIRES ROUSSEL

140bis, Rue de Rennes - 89, Rue Cherche-Midi, **PARIS** (VIe)

ALGER : Laboratoires ROUSSEL, 28, rue Clauzel.
TUNIS : O.S.P., 10, rue Amilcar.
CASABLANCA : Sté Maroc des Lab. ROUSSEL, 48, rue Nationale.
SAIGON : Laboratoires ROUSSEL 26, rue Lagrandière.
AUTRES PAYS DE L'UNION FRANÇAISE : Adresser les demandes aux Laboratoires ROUSSEL, 89, rue du Cherche-Midi, PARIS (VIe)

Infection aiguë à virus grippal « A », à localisations multiples

par les Drs Benmussa, Saffar et Nullet

Les nombreuses observations présentées à la Société au cours de la dernière séance ont authentifié une véritable épidémie de pneumonie atypique à virus.

Grâce aux travaux de l'Institut Pasteur de Paris, travaux dirigés par Dujarric de la Rivière, au Centre National de la Grippe et effectués par ses collaborateurs Cateigne, Fauconnier, Eyquem, Brygoo, Hanon, il est établi actuellement que la pneumonie atypique n'est qu'un syndrome dû à différentes variétés de virus : soit connus tels que ceux de la grippe, de types variés A.B.A.'C., soit actuellement indéterminés.

La plupart des observations que l'on vous a présentées font partie des pneumonies atypiques primitives à virus inconnu. Il semble que c'est la partie la plus importante de l'épidémie actuelle.

Cependant, il y a certainement intriquées avec ces pneumonies atypiques primitives, caractérisées biologiquement par la présence d'agglutines froides, des cas de pneumonie atypiques à virus grippal.

L'observation que nous vous présentons fait partie de ce groupe, il nous a paru intéressant de vous la communiquer, surtout à cause du tableau clinique particulier, caractérisé par une infection généralisée à localisations multiples, d'abord pneumonique, puis hépato-rénale, péricarditique, et enfin, articulaire.

Cette infection grave est due au virus grippal « A », isolé par Dujarric de la Rivière, auquel celui-ci d'ailleurs attribue une virulence plus importante que le virus grippal B.

Il s'agit de Naceur..., âgé de 40 ans, qui nous a été adressé le 3 avril 1954 pour syndrome infectieux et très mauvais état général.

En effet, nous nous trouvons devant un malade pâle, amaigri, subictérique, toussant et crachant abondamment et chez lequel on observait à la commissure labiale gauche et débordant sur la lèvre supérieure un herpes important. Ce malade qui était dans un état de typhos net, a pu néanmoins nous préciser qu'il était malade depuis 3 jours seulement, qu'il toussait et avait fait chez lui de petites hémoptysies, qu'il n'avait jamais eu rien de pareil auparavant et que pratiquement, il n'avait jamais été malade jusqu'à cet âge.

A l'auscultation des poumons, on découvre, de nombreux râles crépitants et particulièrement de deux gros foyers localisés à la base gauche et au sommet droit.

En outre, chez ce malade qui est dyspnéique, les deux bases sont submates et une double ponction exploratrice qui est pratiquée, ne ramène aucun liquide. Les crachats sont muco-purulents, légèrement teintés de sang.

Le lendemain de son arrivée, ce malade se plaint de céphalées intenses et se met à vomir abondamment, son teint est devenu nettement ictérique avec coloration des conjonctives et des muqueuses. Les urines sont très chargées et de teinte acajou. Les selles sont normales. La palpation de l'abdomen montre un foie légèrement augmenté de volume. La rate est percutable et difficilement palpable.

C'est le tableau d'un ictère infectieux et devant l'état de typhos qui se prolonge et une légère raideur de la nuque, nous pratiquons une P.L. qui ramène un liquide jaune, mais clair et dans lequel les éléments et l'albumine sont normaux.

En même temps, on découvre ce même jour, à l'auscultation du cœur, un frottement péricardique bien perçu sur toute l'aire cardiaque, mais plus intense à la partie meso-cardiaque.

L'état général est toujours très mauvais. La température à 40°, le pouls à 120 à la minute. La T. A. 10/6.

Enfin, le 6 avril, soit 3 jours après son entrée, impotence du membre supérieur droit avec douleur à la pression de toute l'épaule droite et du biceps droit. Limitation des mouvements du bras droit par la douleur.

Il n'y a pas de paralysie, ni atteinte névritique, les reflexes sont retrouvés malgré la difficulté de l'examen.

Plusieurs examens ont été pratiqués chez ce malade et ont donné les résultats suivants :

La radiographie du thorax, montre de larges plages floues au sommet du poumon droit et aux deux bases des deux poumons.

Ce sont des ombres homogènes et mal limitées.

L'ombre du cœur est augmentée dans toutes les directions.

Les urines contiennent des pigments biliaires, de l'albumine et de nombreuses hématies.

L'urée est à 0,84 par litre.

La bilirubine directe à 2 mmgrs pour $^0/_{00}$.

La bilirubine indirecte à 16 mmgrs pour $^0/_{00}$.

L'hémogramme montre une hyperleucocytose à 14.240 globules blancs et une polynucléose à 70 %.

La graphie de l'épaule droite ne montre aucune atteinte ostéo-articulaire.

Ce malade a reçu à son entrée de l'auréomycine, pénicilline et streptomycine pendant 3 jours.

Seule l'auréomycine a été poursuivie pendant 10 jours en même temps que des injections de vit. B12 à 1.000 γ et des tonicardiaques digitaline, solucamphre et soluphylline intra-veineuse.

Tp

CALCIVITAM

CALCIUM ASSIMILABLE

par son association

CHLORURE de CALCIUM + VITAMINES

en ampoules buvables de goût agréable

Remboursé par la S.S.

RÉCALCIFIANT

HÉMOSTATIQUE

ANTI-HÉMORRAGIQUE

LF

LABORATOIRE
FREYSSINGE
6, rue Abel - PARIS-12e

BOITE DE 10 — COFFRET DE 20 AMPOULES

Nous avons observé une rapide amélioration de l'état général et une disparition progressive, de l'ictère en premier lieu, puis du frottement péricardique et ensuite des foyers pulmonaires qui ont persisté néanmoins pendant une dizaine de jours.

La péri-arthrite de l'épaule a été beaucoup plus lente à s'améliorer. Adjonction de salicylate intra-veineux et infiltration à la novocaïne de toute l'articulation de l'épaule droite.

La deuxième graphie du thorax pratiquée 15 jours après la première, montre une disparition presque complète des ombres pulmonaires.

En résumé, nous avons observé chez ce malade grave, un quadruple syndrome :

Le premier en date : pulmonaire, tableau de broncho-pneumonie avec expectoration muco-purulente hémoptoïque et infiltrats labiles à la radio.

Le deuxième : un ictère ou plus exactement une hépato-néphrite.

Le troisième : une péricardite qui a subsisté pendant une semaine environ.

Le quatrième : un péri-arthrite de l'épaule droite, très douloureuse, tenace et qui a persisté pendant un mois.

Une recherche d'aggluturines froides a été pratiquée à l'Institut Pasteur sur le sang de ce malade, mais est demeurée négative.

Par contre, la **réaction de Hirst** est revenue positive pour le virus de la grippe « A ».

En effet avec l'Antigène « A » :

avec sérum prélevé précocement + $\frac{1}{40}$

avec sérum prélevé tardivement au + $\frac{1}{160}$

Les réactions à l'Antigène B. et A.' sont demeurés négatives.

Ces réactions sont en faveur d'une atteinte par le virus de la grippe « A ».

En conclusion, affection virale généralisée et grave par le virus de la grippe « A », avec atteintes multiples et symptomatologie variée chez un malade qui a parfaitement guéri et sans séquelles, d'une maladie qui s'annonçait comme particulièrement redoutable.

Cette observation mérite quelques commentaires surtout cliniques, il est évident, que sans la connaissance des agglutines et la réaction de Hirst, cette observation ressemblerait à un pneumo-typhus, à une leptospirose ou à une spirochétose. Cependant à l'hépato-néphrite et à la réaction méningée, s'ajoutent tout d'abord la pneumonie initiale, la péri-cardite et la péri-arthrite de l'épaule; c'est dire la virulence de l'infection, celle-ci n'a pas ces localisations particulières habituelles aux différents agents

microbiens connus. Il est donc un point qui nous paraît capital à faire ressortir, c'est la diversité des organes atteints.

Cette généralisation a été d'ailleurs constatée expérimentalement chez le furet; DUJARRIC DE LA RIVIÈRE, en effet, reconnaît que si le siège d'élection du virus grippal A, est le mésenchyme pulmonaire, toutefois, il peut déterminer une infection généralisée de l'organisme, c'est ce que nous avons observé chez notre malade.

Celui-ci a guéri. Nous avons rapidement abandonné comme parfaitement inefficace la gamme nombreuse d'antibiotiques utilisés au début. Nous nous sommes contentés de l'association : Auréomycine et Vit. B12 à haute dose.

Il semble que ce soit actuellement le meilleur traitement de ces infections virales.

Traitement expulsif de la lithiase urétérale

NOKHEL

AMPOULES — COMPRIMES — SUPPOSITOIRES

Premier dérivé hydrosoluble de la khelline

Six fois moins toxique que la khelline — Indolore en injections i/m ou s/c

Posologie particulière à la lithiase urétérale { **Une ampoule en i/v** et **Trois ampoules en i/m** } **par j. pendant 4 à 5 j.**

Autres indications : Angor - Asthme - Coqueluche

Laboratoires HOUDÉ - 9, rue Dieu - PARIS Xe

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

nouvel Antihormotrope de Synthèse

DIOBÈNE

3-5-DIIODO-4-HYDROXYBENZOATE DE N-BUTYLE

Régulateur des troubles hyperthyroïdiens et hyperfolliculiniques

BOITE DE 40 COMPRIMÉS DOSES A 0,25
REMBOURSE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

2 à 8 COMPRIMÉS PAR JOUR
LITTÉRATURE MÉDICALE *sur demande*

CORBIÈRE

BASEDOWS
MÉNOPAUSE
DYSMÉNORRHÉES

LABORATOIRES CORBIÈRE • 27, RUE DES RENAUDES • PARIS 17e

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

GLUTAMATE DE CALCIUM LAROCHE-NAVARRON

LN

VIVACALCIUM

LAROCHE-NAVARRON

AMPOULES BUVABLES ET INJECTABLES
COMPRIMÉS ★ SUPPOSITOIRES

LABORATOIRES
LAROCHE-NAVARRON
62 RUE CHAPTAL, LEVALLOIS, SEINE PER. 61-55

Diagnostic Electrocardiographique de l'embolie pulmonaire

par H. H. Cohen et Yvan Boulakia

C'est à Mc Ginn et White, que revient le mérite d'avoir individualisé en 1935 sous le titre « cœur pulmonaire aigu » les manifestations électriques de l'embolie pulmonaire.

Depuis, bien d'autres signes ont été décrits, notamment depuis l'introduction par Wilson (1944) des dérivations unipolaires des membres (VR, VL, VF) et précordiales (V1 à V6).

CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES

Certaines conditions prédisposent à l'ensemble pulmonaire. Ce sont :

1° Les cardiopathies, surtout à leur phase de décompensation, car elles favorisent l'éclosion de la phlébothrombose, hautement emboligène, des extrémités.

Le tableau clinique, rarement évocateur, est souvent confondu avec les manifestations bruyantes de l'affection causale.

2° Certaines interventions chirurgicales, surtout celles qui traumatisent les plexus veineux périprostatiques ou périutérins, et auxquelles il convient de faire bonne place à l'appendicectomie à froid et à la cure radicale de hernie.

Le tableau est ici par contre souvent caractéristique.

3° D'autres conditions interviennent beaucoup plus rarement; citons l'emphysème médiastinal, la hernie diaphragmatique, le pneumothorax à soupape et les néoplasmes pulmonaires.

LES SIGNES ELECTRIQUES DE L'EMBOLIE PULMONAIRE

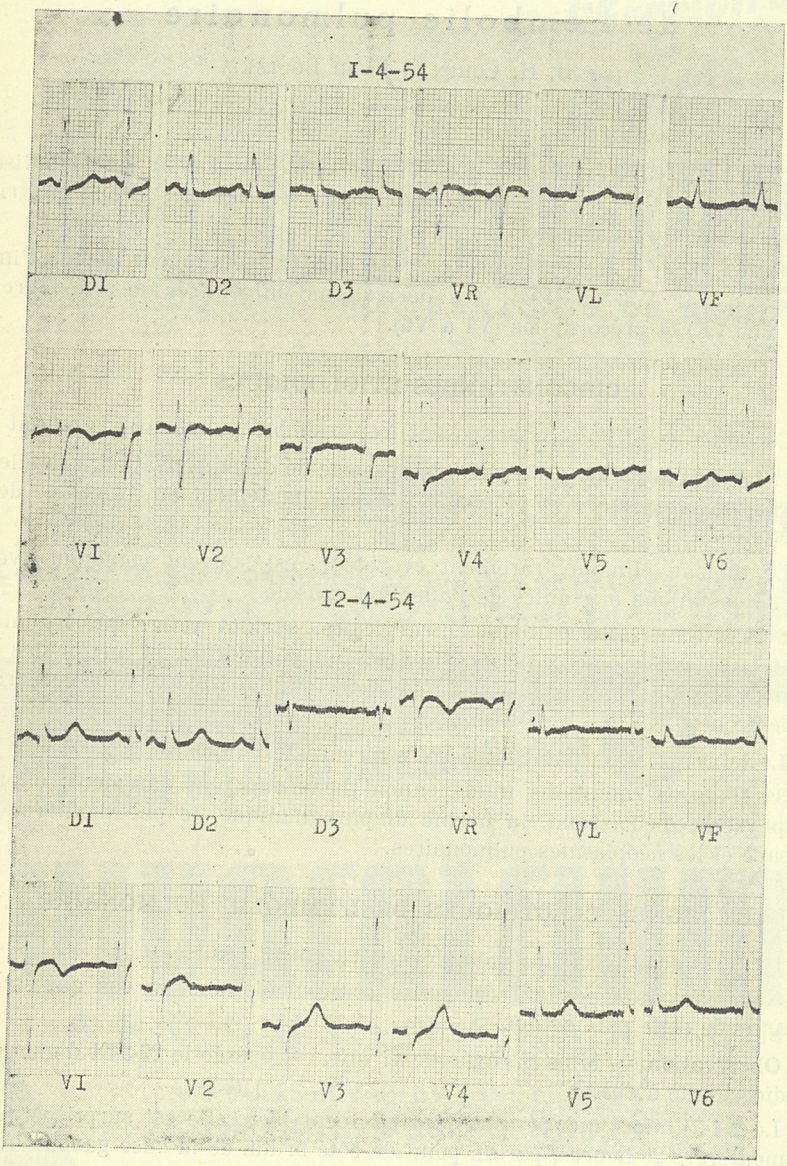
1° Le tableau électrique complet est rarement réalisé.

Nous l'avons cependant rencontré récemment dans un cas qui est à l'origine de cette publication.

Observation. — Mme S., âgée de 47 ans, est opérée le 29-3-54 d'une appendicectomie à chaud.

Le 2-4-54, alors qu'elle allait parfaitement bien, elle est surprise brusquement vers 20 heures, par un point de côté brutal de la base gauche avec frissons, qui s'accompagne rapidement d'un état syncopal.

L'un de nous appelé d'urgence, constate l'existence d'un collapsus circulatoire avec pâleur, tachycardie importante, T. A. imprenable, obnubilation complète.


I-4-54
DI
D2
D3
VR
VL
VF
VI
V2
V3
V4
V5
V6
I2-4-54
DI
D2
D3
VR
VL
VF
VI
V2
V3
V4
V5
V6

Un traitement tonicardiaque et vaso-presseur est institué.

Le lendemain, jour de l'enregistrement électrique, l'état est bien meilleur.

Le cœur est plus lent, la T. A. : 11/8, des rales sous-crépitants sont perçus à la base gauche. L'abdomen est légèrement ballonné; un certain degré d'obnubilation persiste, mais bien moindre que la veille; température : 37°8.

Fait capital, la palpation attentive des gouttières veineuses des mollets et des cuisses, réveille une vive douleur. On apprend seulement alors, que la malade avait subi 7 ans auparavant une intervention sur le petit bassin qui s'était compliquée de phlébite.

L'électrocardiogramme montre les signes suivants :

— Tachycardie sinusale à 130 par minute.

— Onde S1 suivie d'un segment ST sous-dénivelé en « marche d'escaliers ». Même aspect de ST en D2.

— Onde Q3 assez profonde et onde T3 négative.

Dans les précordiales :

— le segment ST est légèrement surélevé en V1 et V2, nettement abaissé de V3 à V6;

— l'onde T est négative en V1, V2, puis diphasique jusqu'en V6.

Le diagnostic de cœur pulmonaire aigu est porté, et la malade soumise à l'héparine I.V. qu'on remplace quelques jours plus tard par le tromexane. Elle guérit sans incident.

2° Plus souvent apparaissent des manifestations isolées :

a) inversion de l'onde T dans les dérivations précordiales droites V1 à V3, VE;

b) troubles de rythme : tachycardie sinuale, tachycardie ou fibrillation auriculaire paroxystique, flutter transitoire;

c) troubles de la conduction, essentiellement bloc de branche droit complet ou incomplet;

d) rotation droite de l'axe électrique de AQRS, déplacement de la zone de transition vers la gauche.

Tous ces troubles sont dominés par un caractère évolutif majeur, leur régression et leur effacement total en quelques jours, rarement plus de une à deux semaines.

Sur le deuxième tracé en date du 12-4-54, soit 11 jours plus tard, toutes les anomalies électriques ont disparu.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le diagnostic du cœur pulmonaire aigu est parfois très délicat, surtout chez les cardiaques avérés ou les sujets âgés.

On aura surtout à discuter :

1° L'infarctus myocardique :

a) postérieur : qui se différencie par l'absence d'onde Q en VF;

b) antéroseptal : où les précordiales droites montrent des signes de nécrose.

2° La péricardite localisée au ventricule droit.

Dans tous les cas la régression rapide des altérations électriques au cours de l'embolie permet de trancher le diagnostic.

MECANISME DES TROUBLES ELECTRIQUES DE L'EMBOLIE PULMONAIRE

Parmi le grand nombre de mécanismes physiopathologiques invoqués, on reconnaît à certains d'entre eux une importance particulière. Ce sont :

1° La dilatation aiguë du ventricule droit par suite de la brusque surcharge imposée à la petite circulation.

Elle entraîne la dextrorotation du cœur avec déplacement de la pointe en arrière.

Il en résulte électriquement l'apparition d'ondes S1Q3, et une diminution de voltage de QRS.

2° L'insuffisance coronarienne ventriculaire droite aiguë déterminée par la disparition du gradient de pression entre le ventricule droit (hyperpression) et le système coronaire (chute de pression).

Le corollaire électrique en est la surélévation du segment ST et la négativité de l'onde T dans les régions qui « regardent » le ventricule droit, c'est-à-dire D3, VF, V1, V2, V3 et VE, et par contre des modifications inverses dans les zones électriques opposées : décalage inférieur de ST en D1, VL, V5 et V6.

Chez les malades au système coronaire fragile, la survenue d'une embolie pulmonaire est capable d'entraîner des troubles circulatoires allant jusqu'à l'infarctus du myocarde.

CONCLUSION

Les travaux des dix dernières années ont fait une large place à la maladie thrombo-embolique.

L'embolie pulmonaire apparaît comme une importante entité nosologique, individualisée par un tableau :

— clinique, quelquefois évocateur, mais souvent polymorphe et fragmentaire;

— radiologique;

— électrocardiographique enfin, le « cœur pulmonaire aigu ».

Nous avons insisté uniquement sur les manifestations électriques qui apportent dans 15 à 50 % des cas d'embolie pulmonaire une contribution particulièrement précieuse au diagnostic.

BIBLIOGRAPHIE

CABRERA E. : « Bases électrophysiologiques de l'électrocardiogramme ». Masson, 180, 1940.

KATZ L. : « Electrocardiography ». H. Kimpton, Londres, 404, 1946.

MURNAGAN D. MC GINN S. and WHITE P. D. : « Pulmonary embolism with and without acute cor pulmonale with special reference to the electrocardiogram ». Am. H. Jour, 5, 664, 1950.

MACK I. HARRIS R. and KATZ L. : « Acute cor pulmonale in the absence of pulmonary embolism ». Am. H. Jour., 1950.

NEUHOF H. : « Venous thrombosis and pulmonary embolism ». Grune and Stratton Edit., New-York, 1948.

WHITE P. D. : « Heart Disease » 3rd Edit. Dc Millan, 1947.

WOOD P. : « Pulmonary embolim : diagnostic by chest lead électrocardiography ». Brit. H. Jour. 3:21, 1941.

QUINIMAX

ANTIPALUDIQUE ANTITHERMIQUE

PLUS ACTIF
PLUS COMPLET
MIEUX TOLÉRÉ
que les sels ordinaires de quinine

4 FORMES
COMPRIMÉS _ AMPOULES
SUPPOSITOIRES _ GRANULÉS

LABORATOIRES DEROL, 66 bis, RUE St-DIDIER • PARIS (16e)

SPECIMEDHY : 37, Rue d'Isly — TUNIS (Tunisie)
PHARMEDY : 13, Rue J.-J. Rousseau — ALGER (Algérie)
M. PELLISSARD : 16, Rue Dumont d'Urville — CASABLANCA (Maroc)

A ARIFON



HORMONES

VITAMINES

TONIQUES

LABORATOIRES BYLA . 20 RUE DES FOSSÉS-St-JACQUES . PARIS Vé . ODE. 28-30

Etude comparée électrophorétique du sérum et des urines chez des femmes atteintes de toxémie gravidique

par Guillaume Lévi

(SEANCE DU 26-2-54)

Au cours de l'année 1949-50 nous avons recueilli à la Maternité Baudelocque (Pr. Lévy-Solal) 15 observations de toxémie gravidique qui ont fait l'objet de notre thèse.

Nous y montrions l'énorme bouleversement des composants protéiniques du sérum, et dans un certain nombre de cas, l'existence d'un composé anormal situé entre les albumines et les alpha/1 globulines, et qui a été appelé provisoirement « composé X ».

Nous présentons ici 5 observations tirées de notre thèse et pour lesquelles à côté de l'étude de sérum nous avons pu obtenir l'étude des composants urinaires.

MÉTHODE.

Les électrophorèses du sérum et des urines ont été réalisées au Centre National de transfusion sanguine de Paris, par le Docteur J. P. SOULIER par la méthode optique de PHILIPOT-SVENSON, en utilisant l'appareil de Tiselius, avec un tampon au véronal sodique ph 8,55; p = 0,1; section de cuve 0,75; intensité 24 milliampères; température 4° C; ligne de base (diaphragme) 84 mm.; dyalise 48 heures.

OBSERVATIONS

I. Mme Delp. Obs. N° 8.

Ipare; 17 ans; crise d'éclampsie à six mois, au terme de 7 mois accouchement d'un enfant mort-né (Hématome-rétroplacentaire). Au moment de la crise d'éclampsie l'électrophorèse montre :

Sang : pour un taux de protéines totales de 66 gr. pour $^0/_{00}$ le seul détail remarquable est la présence du composé X de LÉVY-SOLAL entre le clocher des albumines et celui de α_1 globulines (temps de migration 5.620 « Les albumines et les diverses globulines sont à un taux normal.

Urines : 4 clochers typiques : albumines α_1 β et γ globulines. Temps de migration 2.040".

II. Mme Met. Obs. N° 15.

III. pare âgée de 35 ans, hypertension légère 16; albuminerie 7 gr.; œdèmes discrets; accouchement au terme de 8 mois enfant vivant.

L'électrophorèse montre :

sang : protéines totales 48 gr. $^0/_{00}$;
diminution des albumines, absence du « composé X, α_2 et β globulines;
augmentation γ globulines normales.

Urines : le tracé est tout à fait comparable à celui d'un sérum. on distingue parfaitement divers clochers (albumines α, β_1 γ et γ_2 globulines et même un petit clocher migrant plus rapidement que les albumines.

Temps de migration 5.665".

III. Mme Dah. Obs. N° 14.

Ipare âgée de 24 ans, grossesse bien supportée, près du terme albuminurie 3 gr. T.A. 14/8 œdèmes discrets accouchement, enfant vivant.

L'électrophorèse montre :

Sang : protéines totales 56 gr. $^0/_{00}$;
albumine normale, α β γ globulines simple augmentation.
Temps de migration 5.670".

Urines : Albuminurie 3 gr.

Clocher réduit des albumines, présence de trois clochers correspondant aux trois globulines.

Temps de migration 5.670"

IV. Mme Andr. Obs. N° 12.

Ipare âgée de 19 ans albuminurie 5 gr. T.A. 17-11, œdèmes généralisés accusant d'importants signes fonctionnels ayant accouché d'un enfant vivant.

L'électrophorèse montre :

Sang : protéines totales 68 gr. $^0/_{00}$.

Albumines: légère diminution, présence entre α_1 globulines et albumines du composé X, α_2 globulines, légère augmentation, α_1 β et γ globulines normales.

Temps de migration 5.880".

Urines : 4 clochers caractéristiques (albumines, α β γ globulines.

V. Mme Bou. Obs. N° 13.

Ipare âgée de 29 ans, œdèmes généralisés, T.A. 18,5/II albuminerie 3 gr. ayant accouché à 8 mois d'un enfant vivant de 1940 gr. albuminurie persistant aux 12 jours. Sans trouble de l'élimitation rénale. L'électrophorèse montre au terme des 7 mois.

Sang : protéines totales 67 gr. $^0/_{00}$; Albumines : diminution nette, présence entre α_1 globulines et albumine d'un clocher caractéristique du composé X (Lévy-Solal); α_1 et α_2 globulines augmentation; β et γ; globulines augmentation légère.

Temps de migration 7.560 sec.

Urines : (frontière descendante) Présence d'un petit clocher migrant plus rapidement que celui des albumines. Entre le clocher (diminué) des albumines et accolé à lui un clocher plus important paraît correspondre au « composé X » du sérum. Diminution des α globulines. β globulines normales. γ globulines, augmentation nette.

CONCLUSION

Jusqu'à présent on n'avait parlé dans les toxémies gravidiques que d'albuminurie. Mais en fait l'électrophorèse montre que les différents composés du sérum sont présents dans les urines. Il y a lieu de parler de protéinure.

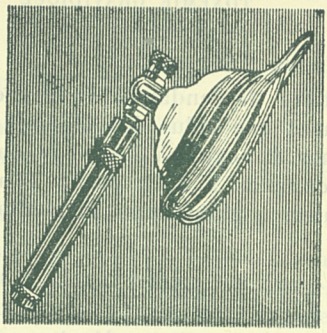
Il ne s'agit là que d'un début de travail et nous espérons que l'étude des protéinuries apportera quelque éclaircissement à la pathogénie encore confuse qui règne sur la toxémie gravidique.

BIBLIOGRAPHIE

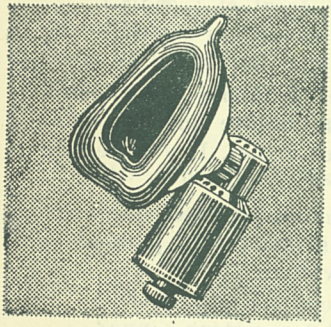
LÉVI *Guillaume*, Etude Elecrophorétique de sérum sanguin au cours de toxémies gravidiques. Présence d'une substance non encore signalée. Thèse de Paris 1950.

LÉVY-SOLAL et LÉVY J., De l'existence sur les tracés électrophorétiques d'un corps nouveau, identifié dans les toxémies gravidiques. Semaine des Hôpitaux N° 92, 14 - XII - 1950.

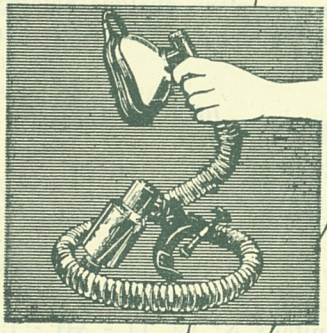
LABORATOIRE CHANTEREAU (INNOTHÉRA)
choline, papaïne
sels biliaires
boldo
EUCHOBYL
3 à 6
comprimés
par jour aux repas
TROUBLES HÉPATO-BILIAIRES
TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS



trilène n° 1



trilène n° 2



trilène n° 2
avec montage spécial de fixation

Toute la gamme des appareils inhalateurs pour auto-analgésie

TRICHLORÉTHYLÈNE

ICI

LABORATOIRES AVLON S. A.

21, avenue Victor Hugo - Paris 16e - Tél. : Klé. 12-70

CONCESSIONNAIRES DE IMPERIAL CHEMICAL (PHARMACEUTICALS) LTD. FILIALE DE IMPERIAL CHEMICAL INDUSTRIES LTD.

TUNISIE : Ets NOTE - 61, Avenue Garros - TUNIS - Téléphone : 97.090

A propos de la communication des docteurs Koskas, Piétri et Bembaron sur un cas de lobectomie pour cancer du poumon

par les Drs Roger GANEM, Henri COURSIÈRES et Jacques BARSOTTI

—o—

L'intérêt de la communication des Drs KOSKAS, PIETRI et BEMBARON nous paraît résider dans la discussion qu'elle évoque sur l'étendue de l'exérèse à pratiquer dans les cas de cancer du poumon. Tout le monde est d'accord : en matière de chirurgie du cancer il faut passer au large, en tissu sain, et enlever, en bloc, tumeur et territoire lymphatique suspect d'envahissement néoplasique.

Pourquoi le cancer du poumon échapperait-il à cette règle, et comment une autre intervention que la pneumectomie avec section de la bronche souche au ras de la trachée, et curage ganglionnaire aussi complet que possible, pourrait-elle être proposée dans le traitement chirurgical de cette affection ? Aussi bien, BERTRAND et CREYSSEL, dans leur récent traité de thérapeutique chirurgicale n'évaluent-ils la place de la lobectomie dans une telle éventualité qu'à 3 ou 4 %. Si cette place est modeste, elle existe toutefois, et les Auteurs (1) à l'exemple de SANTY et BERARD (2) pensent que la lobectomie est « défendable dans certains cancers périphériques bronchiolaires limités et situés loin du hile, où le curage du médiastin a des chances d'être inutile, et où le caractère moins satisfaisant d'une exérèse lobaire, peut être contrebalancé par sa gravité nettement inférieure chez un sujet âgé ou peu résistant ».

Ce sont des réflexions de cet ordre qui nous ont décidés à limiter l'exérèse au lobe supérieur droit dans le cas que voici :

Un chauffeur de locomotive âgé d'une cinquantaine d'années, va consulter à l'occasion d'un épisode grippal. Le Dr BARSOTTI R. l'examine au dispensaire, fait pratiquer une radiographie, et découvre l'image que voici (fig. 1). L'interrogatoire reprend, plus approfondi, mais ne décèle rien de plus qu'un amaigrissement récent. Le sujet est hospitalisé à l'Hôpital E. Conseil, dans le service de Mme le Dr COURSIÈRES-BERTHÉZÈNE où différents examens sont pratiqués :

— Examens des crachats multiples : l'un d'eux est revenu positif à la recherche des B.K. après homogénéisation.
— Formule sanguine : légère hyperleucocytose avec polynucléose.
— Réaction de Casoni : négative.

(1) BERTRAND et CREYSSEL : « Traité de thérapeutique chirurgicale », 1952, p. 2066.

(2) SANTY et BERARD : « Traité de médecine », Masson, 1948, t. 5, p. 765.

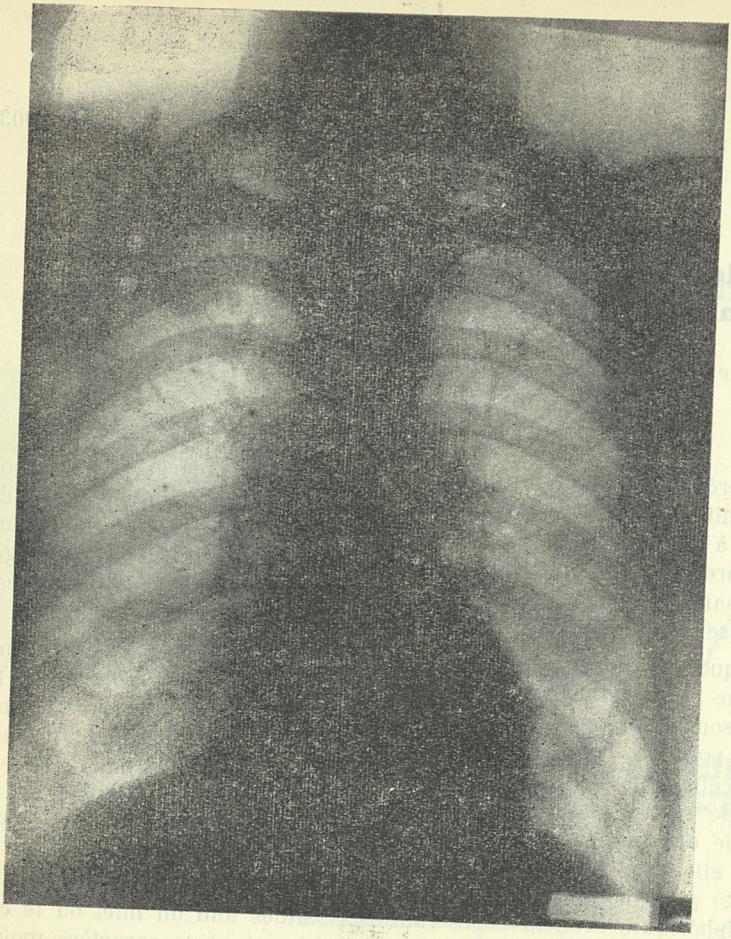
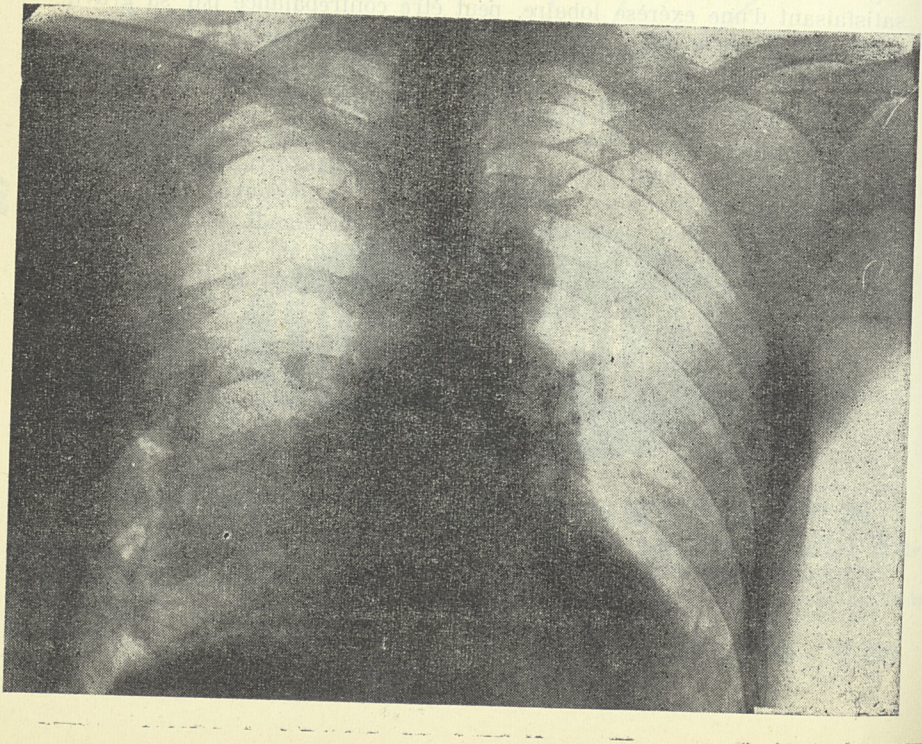


FIG. 1

FIG. 2



TRIPTYQUE BI-HORMONAL "ROLLAND"



Hyperfolliculinie
Troubles Prémenstruels
Fibromyomes

Aménorrhées
(Méthode de Zondek)
Avortements répétés

Ménopause
Frigidité
Andropause

Ampoules injectables de 1 cc. Suppositoires même dosage

REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

LABORATOIRE DE L'HÉPATROL
4, Rue Platon — Paris XVe

VAGOPROL

SÉDATIF DES DYSTONIES NEURO-VÉGÉTATIVES

SPÉCIFIQUE
DE L'ÉMOTIVITÉ
ET DE L'ANXIÉTÉ





Ethylisopropyl α bromacétamide,
0,20 ctg pour une dragée
suppositoires (adultes, enfants).

ÉMOTIVITÉ
NERVOSISME
ANXIÉTÉ
IRRITABILITÉ
INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES NERVEUX DE LA MENSTRUATION
ET DE LA MÉNOPAUSE

Remboursés par la Sécurité Sociale

LABORATOIRE DE L'HÉPATROL
4, Rue Platon — Paris XVe

— Vitesse de sédimentation accélérée.
— Tomographies que nous vous projetons.
— Bronchoscopie qui ne montre rien d'anormal.

Le diagnostic ne peut être établi de façon absolue. La large base axillaire fait évoquer par l'un de nous la possibilité d'une tumeur ou d'un kyste hydatique de la paroi thoracique, mais l'éventualité d'un cancer bronchiolaire domine la discussion, et fait décider une thoracotomie large, dont la nécessité n'est admise par le malade qui grâce à la force de persuasion de son médecin.

Le malade a été opéré le 5 mai 1954 dans le centre de chirurgie thoracique de l'Hôpital Sadiki. Voici le protocole opératoire :

« Thoracotomie droite large par résection de la 5e côte. Le lobe supérieur droit est adhérent à la paroi sur l'étendue d'une « petite paume ». Libération facile au doigt. On peut palper dans la région axillaire de ce lobe une masse arrondie, grosse comme un citron, manifestement fluctuante. Cette masse atteint la corticalité pulmonaire sur l'étendue d'une pièce de 5 francs. A ce niveau la surface du poumon est déprimée, opaque, évoquant un peu le kyste hydatique superficiel, mais la teinte est plus grise que blanche. La ponction ramène du pus. Au niveau du hile, pas de ganglions palpables. »

Plutôt qu'un kyste hydatique suppuré la lésion paraît être un cancer excavé.

Dans cette dernière éventualité, le siège périphérique de la tumeur, l'absence de ganglions palpables, l'état général insuffisant du sujet (éthylique notoire) nous fait préférer la lobectomie à une pneumonectomie droite trop chargée de risques. Cette lobectomie est pratiquée sans grandes difficultés. Les suites ont été très simples jusqu'ici et nous aurions pu vous présenter ce malade, ce soir, 9 jours après son intervention. Voici sa courbe de température et sa radiographie post-opératoire (fig. 2).

La section de la pièce opératoire montrait l'existence d'une cavité effleurant la corticale remplie d'un magma purulent, ressemblant plus à des tissus nécrobiosés qu'à du caseum. Voici le compte-rendu de l'examen histologique pratiqué par Mme le Dr Gordeieff :

« Tumeur excavée, parsemée de micro-abcès et due à la prolifération de cellules épithéliales atypiques qui se groupent en nappe et offrent une grande activité mitotique. Epithélioma atypique :

« Périphérie nette.

« Parenchyme voisin collabé et sclereux. »

L'avenir nous dira, peut-être, si nous avons eu raison de ne pratiquer qu'une lobectomie. Mais nous pensons que le cas de notre malade s'intègre bien dans les limites — assez étroites nous l'avons vu — des indications de cette exérèse partielle, que les Auteurs admettent actuellement.

✦ ✦ ✦

Puisque nous nous trouvons sur le terrain de la lobectomie, permettez-nous de vous communiquer la suite de l'histoire d'un malade, dont nous avions montré les radiographies à M. le Prof. SANTY lors de son récent séjour à Tunis. L'épilogue de cette observation montre bien que la prudence dont le Dr KOSKAS témoigne lorsqu'il précise « guérison opératoire » n'est pas de mise dans les seuls cas de cancer.

Voici donc les radios d'un abcès du lobe pulmonaire inférieur gauche que nous avions présentées à la réunion de l'Hôpital de la Libération, pour illustrer les difficultés du diagnostic des opacités arrondies du poumon.

Nous avions pratiqué en 1950, chez ce malade une pneumotomie. Les suites avaient été normales et ce malade dont la plaie ne nécessitait plus que quelques pansements, avait été renvoyé à l'Hôpital E. Conseil. Il fit alors des hémoptysies très abondantes qui nécessitèrent des transfusions sanguines, puis son transfert d'urgence à l'Hôpital de la Libération. Arrivé à cet hôpital, l'hémorragie ayant cessé, nous fîmes simplement une cure de la cavité restante de pneumotomie avec du placenta frais, selon la technique de Rasemon. La cicatrisation fut obtenue en huit jours. Les hémorragies ne se reproduisirent plus. Le malade fut gardé à l'hôpital contre son gré, car il s'estimait guéri, puis autorisé à sortir devant des critères de guérison qui nous paraissaient indiscutables.

Or, voici que près de trois ans plus tard, ce malade nous revient, atteint d'hémoptysies importantes, et que la radiographie met en évidence une cavité résiduelle de son abcès.

Nous avons dû pratiquer, le 24 mars dernier, une lobectomie inférieure gauche. A la section de la pièce, nous avons trouvé une cavité pratiquement vide dont les parois assez lisses ont été examinées microscopiquement par Mme GORDEIEFF à l'Institut Pasteur.

Voici le compte-rendu de cet examen histologique :

« Présence d'une large cavité recouverte d'un dépôt fibrino-hématique et dont la bordure est constituée par du tissu de granulation entouré d'une coque scléreuse.

« Dans une zone restreinte, cette cavité est bordée par un épithélium cylindrique haut, type respiratoire.

« Sous cet épithélium, dans la trame conjonctive sous-jacente, existent des faisceaux musculaires lisses.

« Ce segment de cavité a la structure d'une paroi bronchique; les faisceaux musculaires ne s'observent d'ailleurs qu'en cette zone.

« De plus, on note une congestion vasculaire, une sclérose systématisée et mutilante du parenchyme avoisinant. »

ANTISEPTIQUE INTESTINAL

ENTÉRO VIOFORME

SPÉCIFIQUE DES DYSENTERIES A PROTOZOAIRES

IODE ORGANIQUEMENT COMBINÉ
INSOLUBLE
NON TOXIQUE
NON IRRITANT

Entéro-colites
Amibiase aiguë et chronique
Dysenteries parasitaires

COMPRIMÉS à 0,25 g.

608 **CIBA** 111, BOULEVARD VIVIER-MERLE - LYON • 57, QUAI D'ORSAY - PARIS

Éd. du CARQUOIS

Le pansement de marche

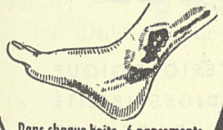
ULCÉOPLAQUE

du Docteur Maury

CICATRISE

- **PLAIES ATONES**
- **ESCARRES**
- **ULCÈRES VARIQUEUX**

ULCÉOPLAQUE
2 DIMENSIONS :
ULCÉOPLAQUE N° 1 5×6 cm.
ULCÉOPLAQUE N° 2 7×9 cm.



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

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

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

LABORATOIRE SÉVIGNÉ - R. MAURY. Ph^n, 76, r. des Rondeaux - PARIS

Les suites opératoires ont été bonnes. Le malade va actuellement très bien, ne crache pas, ne saigne plus. Nous espérons que sa guérison sera cette fois solide. Mais cette observation doit être inscrite au passif, tant de la pneumonie que de la méthode de Razemon dans le traitement des abcès du poumon.

MÉDICATION ANTISPASMODIQUE DE LA TOUX

Spasmoforme

COMPRIMÉS DRAGÉIFIÉS

LABORATOIRES TOULADE — NANTERRE (Seine)
Tunisie : BEDOUCHA - 5, Rue de Broves - TUNIS



Alimentation du nourrisson

Lait en poudre
demi-écrémé et sucré

NESTOGÈNE

NESTLÉ

PURETÉ BACTÉRIOLOGIQUE
EXCELLENTE DIGESTIBILITÉ
SOLUBILITÉ PARFAITE
FACILITÉ D'EMPLOI

SOPAD, Agence d'Alger, 6, r. Charras — SOPAD, Agence de Tunis, 8, r. de Provence

SPEDIC S2

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

—o—

BILAN DE LA CAMPAGNE DE TUNISIE CONTRE LES MALADIES OCULAIRES

—o—

Période du 1er janvier 1954 au 31 juillet 1954

(Gouvernement Tunisien — O.M.S. — U.N.I.C.E.F.)

—o—

La campagne contre les maladies oculaires, depuis son ouverture, s'est déroulée comme prévu, en deux phases essentielles, l'opération scolaire et l'opération de masse.

L'OPERATION SCOLAIRE

1. Cette opération consiste à dépister et à traiter les écoliers atteints de **trachome**. La base du traitement est l'installation 3 fois par jour pendant 60 jours de pommade à l'auréomycine à 1 %. Les cas résistant à ce traitement sont soumis à une cure sulfamidée.

2. Nombre d'écoliers dans les régions intéressées par la campagne : 20.000 écoliers.

3. Nombre d'écoliers examinés au moins une fois depuis le 1er janvier 1954 : **16.000.**

4. Nombre d'écoliers traités par cure de 60 jours à l'auréomycine : **10.958.**

5. Nombre d'écoliers traités par cure sulfamidée : néant.

6. Une partie des écoliers dépistés et non encore traités sera traité en novembre et décembre, l'autre partie, un nombre très restreint, devant servir de lot témoin ne sera traité que plus tard, en 1955.

7. Cette opération s'est déroulée dans les meilleures conditions. Du point de vue scientifique, il est encore beaucoup trop tôt pour porter un jugement valable. Il est toutefois intéressant de signaler que les médecins ophtalmologistes chefs d'équipes, sont très favorablement impressionnés par l'efficacité et la rapidité de cette efficacité, dans certains cas tout au moins. Un effort tout particulier s'est porté sur l'aspect éducatif du problème : conseils par les maîtres, **buvards slongans,** etc...

8. Date prévue pour la reprise de l'opération : 22 novembre 1954.

L'OPERATION DE MASSE

9. Opération essentiellement préventive contre les **conjonctives aiguës** consistant à rassembler tous les habitants durant 3 jours et à installer à chacun de la pommade à l'auréomycine à 1 % 2 fois par jour.

10. Effectifs affectés à cette opération : outre les médecins de l'O.M.S., Dr Poirot et Aquembourg : 4 médecins, 1 administrateur, 2 secrétaires, 70 infirmières, infirmiers et aides-infirmiers-chauffeurs et personnel divers.

TUNISIE — O.M.S. — U.N.I.C.E.F.

11. Bilan statistique des opérations de Masse : Avril, Juin et Juillet 1954 :

Régions	Dates des rassemblements	Nombre d'habitants (1)	Chiffres moyens des personnes traitées régulièrement durant 3 jours	Observations
Djerid (El Hamma - Tamerza - Cedada - Zaouiet, etc...) ...	Mai 1954	12.000	8.219	
Tatahouine	8 - 9 - 10 Juin	23.000	11.218	Populations très dispersées : nomades à l'extérieur
Tozeur - Dégache Nefta	12 - 13 - 14 15 - 16 - 17 Juin	39.000	27.317	
Kébili	19, 20, 21, 22, 23, 24 Juin	49.000	35.942	Nomadisme développé
Médenine	26, 27, 28, 29, 30 et 1er Juin.	40.000	9.152	Nomadisme très développé et de plus. popula. dispersées
Ben Gardane ...	29 et 30 Juin 1er Juillet	16.000	3.036	Nomadisme grande dispersion; propagande insuffisante
Zarzis	3, 4, 5 Juillet	33.000	13.414	Propagande insuffisante
Djerba	6, 7, 8, 10 11, 12 Juillet	56.000	18.263	Propagande insuffisante
Gabès et Matmata	17, 19, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26 Juillet	73.000	54.518	
	TOTAUX..	181.079	341.000	

(1) Cette évaluation faite par les Autorités locales et qui correspondait à la population présente à cette époque, n'était qu'approximative. Il y a tout lieu de penser que les approximations étaient trop élevées.

12. 54 % des populations présentes dans les régions prospectées ont été traitées régulièrement (six applications au total par personne).

13. Si l'on tient compte de l'auto-traitement par les tubes de 2 gr. de pommade distribuées à des personnes choisies, soit environ 40.000 personnes, l'on peut évaluer à 65 % le pourcentage de la population touchée cette opération de masse.

14. Il est permis de considérer ce résultat comme très satisfaisant, car il faut aussi tenir compte de ce que :

a) environ 15 à 20 % de la population était absente des régions prospectées : nomades qui tous les ans à pareille époque, remontent vers le Nord pour y faire les moissons et rentrent dans leur pays dans le courant de l'été;

b) dans certaines régions telles que Tataouine, Matmata, Ben Gardane, Médenine, El Hamma de Gabès, la population vit très disséminée dans les campagnes ce qui complique singulièrement les rassemblements;

c) dans d'autres régions telles que Zarzis ou Djerba, le pourcentage de présence aurait sans doute été plus élevée si la propagande préparatoire y avait été menée plus précocément, plus intensivement et aussi dans de meilleures conditions, c'est-à-dire par des personnes plus qualifiées.

15. Une propagande bien comprise et suffisamment étoffée s'est avérée absolument indispensable, tant pour attirer les populations aux rassemblements que pour développer l'éducation sanitaire, l'un des buts essentiels de cette campagne. Au cours de cette opération cette propagande a consisté :

a) en **annonces**, dans les villes et dans les campagnes, annonces faites par les microphones installés sur les voitures de la campagne; ces annonces étaient suivies ou précédées par des **émissions au pick-up** de musique orientale, musique entrecoupée par des slogans de lutte contre les maladies oculaires, Cf. notamment le disque tout spécialement;

b) en des **distributions** au moment des rassemblements : de **savon**, de poudre à base de **D.D.T.**, **berlingots** pour les enfants;

c) en des séances de **cinéma** de plein air données le soir après les rassemblements dans la plupart des Centres importants : projection de **films** d'éducation sanitaire de base. Les principaux films utilisés au cours de cette opération furent :

— « le trachome », bande de 400 mètres, sonore tournée en Tunisie par le Ministère de la Santé Publique en 1947 et portant sur les maladies oculaires et sur la lutte contre les mouches;
— la « Mère », bande de 400 mètres tournée en Tunisie en 1951 par le Ministère de la Santé Publique, film de P.M.I. dont l'U.N.E.S.C.O. a commandé quelques exemplaires;
— un dessin-animé de 300 mètres, tourné en Algérie sur la lutte contre les maladies vénériennes, intitulé « Conte de la mille et deuxième nuit »;

LABORATOIRES H. FAURE

8, Place de la Liberté — ANNONAY (Ardèche)

H. FAURE, Pharmacien

LES VITA-COLLYRES

Collyres à Tonicité et pH Physiologiques

Application des données récentes de la physico-chimie en thérapeutique oculaire, permettant d'éviter l'irritation acide ou alcaline et les inconvénients du déséquilibre osmotique des collyres habituels

VITA-IODUROL
VITA-BLEU
VITACARPINE
VITATROPINE
VERT-SULFO J.
VITASEPTINE
VITAZINC
VITARGENOL
VITACHROMOL
CORTISONE

VITASEPTINE CUPRIQUE

"Remboursables par la Sécurité Sociale"

EFFICACITE MAXIMUM
TOLERANCE PARFAITE
APPLICATION INDOLORE

VALS-REINE

ARTHRITISME — DYSPEPSIE — DIARRHEE INFANTILE

GASTRO-ENTERITES — DIABETE

Cure de boissons dans les Maladies infectieuses

Eau de table remarquable

RESULTATS DES TESTS CLINIQUES ET BACTERIOLOGIQUES

A chaque région ou sous-région correspond le résultat de prélèvements ou d'examens cliniques pratiqués sur 100 sujets enfants pris absolument au hasard

REGIONS	REGION DU DJERID										KÉBILI		MÉDENINE		TATAHOUINE	
	TAMERZA		EL HAMMA		KRIZ CEDADA		ZAOUIET LARAB		TOZEUR							
Date des examens cliniques et des prélèvements	14-4-54		19-4-54		22-4-54		26-4-54		12-6-54		19-6-54		26-6-54		8-6-54	
Faits **avant** les applications préventives de pommade les		23-4-54		27-4-54		30-4-54		4-5-54		21 6-54		27-6-54		5-7-54		16-6-54
EXAMENS CLINIQUES :																
Nombre de cas dépistés :																
de **trachôme** I	14	21	15	11	10	10	4	21	26	8	10	8	16	2	16	1
II	50	42	50	52	53	47	39	38	40	33	29	36	24	17	35	18
III	33	36	34	36	37	43	56	33	34	52	59	56	56	71	35	35
IV	3	1	1				1			5	2			10	14	44
de **conjonctivites** C1 (légère, douteuse)	11	3	15	3	13	5	5	3	8	3	4		2	1	6	3
C2 (subaiguë)		1	4	1	2	2		3								
C3																
EXAMENS BACTERIOLOGIQUES																
Nb de cas où a été décelé :																
– le B de **Weeks** : Nb cas correspondant à : C1			5	1	2			3	3		1		1		2	
C2		2	2	1	1			1								
C3																
sans signe clinique				5	7	3	2	5	2	1	6	1	2	2	5	2
– le B. de **Morax** : Nb cas cor. à : C1									1	1	1				1	1
C2	1															
C3																
sans signe clinique	1	1					1		3		2	1		1		1
– le **Staphylo** : Nb cas cor. à : C1						1			1							
C2																
C3																
sans signe clinique									1		1					

— quatre bandes provenant du Centre d'éducation sanitaire de Paris et portant sur les insectes transmetteurs de maladies, sur la puériculture, etc...;
— deux bandes dessins animés de W. Disney, sur l'hygiène générale, bandes créées par le Centre d'information américain de Tunis.

A cette liste de films viendra s'ajouter pour la prochaine série un film de 400 mètres sonore sur la lutte contre les mouches, réalisation tunisienne récente et un film de propagande sur la campagne. Ce dernier film tourné à Tamerza, Gabès, etc... en cours de montage.

Aspect scientifique de l'opération de masse :

16. Le médecin-directeur régional de la campagne et le médecin-bactériologiste ont pratiqué des examens-tests (« randoms ») avant et après les rassemblements, dans chaque région intéressée par la campagne. Avant tout rassemblement, 100 enfants pris au hasard ont subi des examens cliniques et bactériologiques. Ces examens qui ont déjà été répétés une fois après chaque rassemblement, le seront périodiquement par la suite, ce qui permettra de constituer une base solide pour l'établissement de la carte épidémiologique de la Tunisie. Le Ministère de la Santé Publique envisage de généraliser la méthode des « randoms » à tous les secteurs ophtalmologiques de Tunisie.

17. Tableau des **résultats des tests cliniques et bactériologiques**, Cf. page 913.

18. Il est évident qu'il est encore beaucoup trop tôt pour juger des résultats obtenus du point de vue scientifique. Il est toutefois intéressant d'enregistrer les quelques observations suivantes :

a) le Dr Malnou, médecin-ophtalmologiste de la Santé Publique, qui, depuis 1951, dirige avec zèle, dévouement et grande compétence la lutte contre les maladies oculaires dans le Djérid et dont les statistiques sont parfaitement à jour, a constaté :
— qu'au cours des mois de juin des années précédentes, le chiffre moyen quotidien des malades consultants atteint de conjonctivites était d'environ : 100;
— alors qu'en juin 1954, après le premier rassemblement, ce chiffre était d'environ : 20.

b) le Dr Lavaud, médecin de la Santé Publique de Kébili, qui collabore très activement depuis plusieurs années à la lutte contre les maladies oculaires, avec le Dr Daghfous médecin-ophtalmologiste Chef du secteur, a réalisé le 24 juillet 1954, un second rassemblement, rassemblement-test, à Basma, petite oasis où le premier rassemblement avait eu lieu les 19, 20 et 21 juin 1954. Il a ainsi pu examiner cliniquement toute la population qui a ensuite reçu une application de pommade à l'auréomycine. Sur les 700 habitants de cette oasis, il a dépisté :
— 3 cas de conjonctivite aiguë chez des nourrissons de 0 à 45 jours;
— 1 cas de conjonctivite chez un adulte;
soit au **total : 4 cas, c'est-à-dire 0,5 % de la population.**

Ce fait est **remarquable puisque, tous les ans, dans cette oasis et à pareille époque, 15 à 40 % de la population est atteinte de conjonctivite aiguë.**

c) Dans les Dispensaires ophtalmologiques des régions où se déroule la campagne, le nombre de cas de conjonctivites aiguës observés cette année est nettement inférieur à celui des années passées. Dans certains dispensaires, il est par ailleurs précisé que les cas enregistrés se présentent en grande majorité chez des nourrissons.

En conclusion.

19. Depuis son début, la campagne contre les maladies oculaires s'est déroulée dans des conditions très satisfaisantes. Ce succès est pour une grande part dû à l'aide matérielle apportée par l'U.N.I.C.E.F. et notamment à M. CARTER, Chef de la Division des programmes ainsi qu'à l'organisation minutieusement préparée au Ministère de la Santé Publique sur les précieux conseils du Dr Roger NATAF et du Dr Maxwell LYONS, médecins ophtalmologistes experts de l'O.M.S. Ce succès est surtout dû à l'activité des équipes placées sous l'autorité du Dr POIROT, médecin-ophtalmologiste de l'O.M.S., Directeur régional de la campagne. La Direction de l'Instruction Publique et l'ensemble du Corps enseignant nous a apporté une aide plus que précieuse. L'appui des autorités locales a été complet. Dans certaines régions, Contrôleurs Civils, Caïds, Kahias, Khalifats et Cheikhs se sont véritablement passionnés pour cette campagne. Enfin, la population dans son ensemble a bien compris qu'elle avait grand intérêt à suivre les conseils donnés.

Ces premiers mois d'activité nous permettent de mettre encore au point nos méthodes de travail, par :

— l'intensification et l'amélioration de la qualité de la **propagande;**

— la mise à jour, à l'échelon central, et l'étude des **statistiques,** surtout en ce qui concerne l'opération scolaire.

Pour l'avenir, le **calendrier des opérations** a été arrêté comme suit :

— **août et début septembre** : interruption des opérations d'envergure. Une équipe de sécurité basée à Gabès et disposant des moyens nécessaires est à la disposition des médecins-ophtalmologistes chefs d'équipe pour toute éventualité et notamment pour agir rapidement en cas de menace d'épidémie.

— du 20 **septembre** 1954 **au** 14 **novembre** 1954 : 2e opération de masse;

— du 22 **novembre** 1954 **à avril** 1954 : continuation de l'opération scolaire.

Par ailleurs, le Ministère de la Santé Publique, comme les années passées, organisera par ses propres moyens, la **Quinzaine anti-rmad** d'automne. Ainsi, dans le courant d'octobre 1954, tout le personnel de santé publique, médecins de toutes spécialités, infirmiers de toutes catégories assistantes sociales, sages-femmes, participera à une lutte intensive contre les maladies oculaires.

Docteur OTTAVY,
Médecin-Chef de l'Hygiène Sociale,
Ministère de la Santé Publique.

le ferment vivant

VIVACIDOL

RÉGÉNÈRE la flore de défense
et
NORMALISE le milieu intestinal

INFECTIONS
INTESTINALES
et séquelles

3 à 4 ampoules
buvables par jour
loin des repas

Laboratoires F. BOUCHARD
6, rue Anna-Jacquin - BOULOGNE (Seine)

TUNISIE : Ets NOTE, 61, **Avenue Garros**, Tél. 97.090 — **TUNIS**

Conférence sur l'immunisation organisée par l'O. M. S. à Francfort-sur-le-Main

15 au 20 Mars 1954

—o—

Cette conférence (1) réunissait des immunologistes et des pédiatres et avait pour but de mettre au point les tendances actuelles concernant l'immunisation des nourrissons et des jeunes enfants contre les diverses maladies infectieuses.

INDICATIONS GENERALES

Il a été bien entendu que toutes les indications données étaient des indications générales susceptibles de varier suivant les pays, compte tenu des aspects endémiques et épidémiologiques locaux.

On peut relever un certain nombre de tendances générales.

1°. Il semble qu'il ne faille pas multiplier de façon exagérée l'association des antigènes dans un même vaccin, en particulier lorsque le vaccin comprend du T.A.B., sous peine d'avoir des réactions trop vives et d'obtenir une immunité moins bonne.

2°. On reconnait la valeur adjuvante des dérivés de l'aluminium (alun, hydroxyde d'alumine, phosphate d'alumine) en particulier en association avec les anatoxines ou avec le bacille de la coqueluche. Ces vaccins aluminés ont en contre partie l'inconvénient de donner souvent des réactions vives, dangereuses par elles-mêmes ou par leur action favorisante en cas d'épidémie de poliomyélite sur le développement de paralysie.

3° En dehors des cas d'urgence épidémiologique, il est bon d'allonger les intervalles pratiqués actuellement entre les diverses injections d'une même série de vaccins; en particulier pour les anatoxines, il vaut mieux faire les injections tous les mois que tous les 15 jours.

4°. On ne doit pas trop tenir compte de la persistance des immunisines maternelles chez les nourrissons et du peu de capacité à fabriquer des antitoxines à cet âge. En particulier, en ce qui concerne la diphtérie et la coqueluche, on peut vacciner avec profit dès le deuxième ou le troisième mois et même avant.

INDICATIONS PARTICULIERES

Vaccination Jennerienne. — Il est préconisé de vacciner les enfants du huitième au dixième mois ou au plus tard avant l'âge de deux ans.

---

(1) Délégué pour la Tunisie : P. Durand.

La revaccination doit avoir lieu vers 10 à 12 ans.

Ces indications sont bonnes pour des pays où la variole est rare. Elles sont évidemment non valables pour la Tunisie où les vaccinations doivent être plus précoces et plus fréquentes.

Les autres recommandations sont d'employer un vaccin aussi pur que possible au point de vue microbien et provenant d'une souche non neurotrope.

Les contre-indications de la vaccination jennérienne sont les états fébriles aigus, les affections cutanées infectieuses, l'eczéma allergique. Il vaut mieux ne pas faire de primo-vaccination dans les trois premiers mois de la grossesse.

Lorsque les sujets présentant des contre-indications se trouvent en milieu épidémique, il y a lieu de les protéger de la variole par l'injection de gamma-globuline (2).

Les grosses complications de la vaccination jennérienne sont : la vaccine généralisée et l'encéphalite vaccinale.

La vaccine généralisée peut être due a une infection cutanée concomitante qui contre-indique la vaccination ou à un manque de développement des anticorps chez le sujet, d'où indication de traiter la vaccine généralisée quand elle se produit par injection de gamma-globuline ou de sérum d'un individu récemment vacciné avec succès.

Les causes de l'encéphalite vaccinale ne sont pas plus élucidées qu'auparavant. Il ne semble pas que le degré d'immunité générale du pays où elles se produisent ait quelque influence.

Pour prévenir aussi bien la vaccine généralisée que l'encéphalite vaccinale, on vaccinera non pas en trois points suivant l'habitude fréquente, mais en un seul point ou au plus, si on est en période épidémique, en deux points, quitte à faire un nouvel essai de vaccination si le vaccin ne prend pas.

Vaccination antidiphtérique. — Dans les pays où la diphtérie est relativement fréquente, il faut vacciner les nouveaux-nés dès l'âge de 3 ou 4 mois, sinon on peut attendre 18 à 24 mois.

Les injections seront espacées de préférence de 1 mois

Les injections de rappel se feront au bout de deux ans, au moment de l'entrée à l'école, vers 8 à 9 ans et vers 12 ans; vacciner de préférence en été, surseoir aux injections en période de grippe ou de poliomyélite.

La plupart des auteurs anglais ou américains estiment les vaccins au phosphate d'alumine meilleurs que les vaccins à l'hydroxyde d'alu-

(2) Voir en fin du rapport la note sur les gamma-globulines.

mine, ces derniers meilleurs que les vaccins à l'alun. Les anatoxines simples seraient moins actives que les vaccins précédents, mais donnent moins de réaction.

Dans beaucoup de pays anglo-saxons, on associe la vaccination diphtérique à la vaccination anticoquelucheuse.

En Allemagne, on a constaté pendant et après la guerre une gravité remarquable de la diphtérie chez les adultes, d'où nécessité de vacciner les adolescents et les adultes.

Vaccination anticoquelucheuse :

Il semble bien que la coqueluche soit dangereuse surtout chez les nouveau-nés et les jeunes enfants. Aussi la tendance est-elle de vacciner du deuxième au quatrième mois, en tous cas avant la fin du cinquième mois.

Le vaccin devrait être un vaccin très riche en microbes (dose totale, 50 à 60 milliards).

On discute sur l'emploi de vaccins simples ou de vaccins alumines, ces derniers donnant des réactions beaucoup plus vives, dangereuses par elle-mêmes ou susceptibles soit de donner des réactions encéphalitiques, soit en période épidémique de faciliter l'apparition d'une poliomyélite, d'où le conseil de s'abstenir en milieu où la poliomyélite est à craindre ou d'admettre qu'il y a contre-indication chez les enfants possédant des tares nerveuses, personnelles ou familiales.

Vaccination contre le tétanos :

Cette vaccination est généralement reconnue comme dépourvue de tout inconvénient. Les avis varient beaucoup suivant l'âge auquel il faut la pratiquer.

Aux Etats-Unis, au Canada, au Danemark, on tend de plus en plus à vacciner les jeunes enfants et les femmes enceintes (pour éviter le tétanos obstétrical).

Il y a lieu de pratiquer une injection de rappel tous les trois ans et en cas de blessure pouvant être tétanigène, de ne s'abstenir d'injection d'antitoxine que si l'on est absolument sûr que le sujet a reçu des injections vaccinales et de rappel correctes.

Une association vaccinale, très en faveur dans les milieux anglo-saxons est l'association : Diphtérie-Tétanos-Coqueluche.

Vaccination contre les infections typho-paratyphiques. — Ces infections ayant beaucoup diminué de fréquence dans de nombreux pays et la chloromycétine donnant des résultats qui semblent satisfaisants dans le traitement des typhoïdes, les Allemands, en particulier semblent attacher peu d'importance à la vaccination T.A.B. des enfants.

L'Artane transforme la condition du parkinsonien

ARTANE

★

Traitement moderne de la maladie de Parkinson

Comprimés dosés à 0,002 g. de
3 N-pipéridyl-1-phényl-1-propanol
(Trihexyphénidyl)

ACTIF - MANIABLE - BIEN TOLÉRÉ

THERAPLIX

98, RUE DE SÈVRES, PARIS (VIIe)

AGENCES THERAPLIX POUR L'AFRIQUE DU NORD
ALGER : 100, Rue Michelet
CASABLANCA : SPECIA-MAROC, 103, Rue Dumont d'Urville
TUNIS : 56, Avenue Jean-Jaurès

D'autre part, la vaccination T.A.B. donne des réactions souvent gênantes.

Il est arrivé, notamment en Yougoslavie, que les populations ont refusé des injections comprenant un mélange de T.A.B. et de coqueluche à cause des réactions consécutives.

Nous croyons qu'en Tunisie l'incidence des infections typhoparatyphiques est telle qu'il y a lieu de vacciner dès la deuxième ou troisième année, quitte à employer des doses plus faibles et à multiplier les injections.

Vaccination B.C.G. — Les Allemands ont été les seuls à se montrer quelque peu réticents vis-à-vis du B.C.G. qu'ils considèrent comme étant encore à la phase expérimentale.

Le rapporteur suédois USTVEDT a montré que bien que la protection obtenue à l'aide du B.C.G. ne soit pas absolument constante, l'immunité obtenue est en général telle qu'elle compensait, sans discussion possible, les petits inconvénients du B.C.G. et même les rares inconvénients plus ennuyeux qu'il pouvait avoir.

Il est préférable, toutefois, d'éviter de vacciner en période préallergique et on peut avec avantage, lorsqu'on n'opère pas en milieu infecté, attendre 12 à 18 mois pour vacciner les enfants par scarification.

Il y a lieu de suivre avec le plus grand intérêt les essais que fait au Brésil ARLINDO DE ASSIS qui vaccine par la voie buccale à doses massives et répétées, indistinctement les sujets allergiques ou non allergiques avec la souche de B.C.G. Moro qui paraît plus atténuée encore que le B.C.G utilisé en Europe. ARLINDO DE ASSIS semble obtenir des résultats remarquables.

Vaccin antipoliomyélitique. — Il n'y a actuellement aucun vaccin valable, mais on peut entrevoir le succès dans un avenir peu lointain.

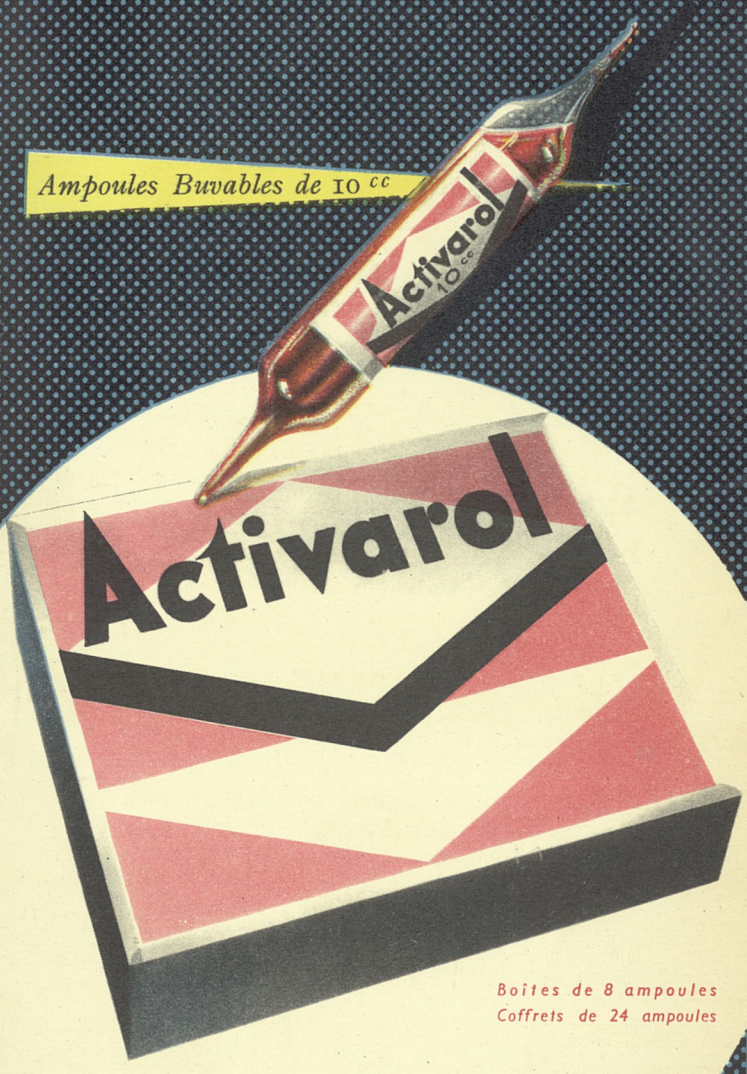
Pour le moment, il faudrait en arriver à posséder un vaccin actif et suffisamment polyvalent pour immuniser contre les différents types de virus.

Une expérience très large d'immunisation passive par la gamma-globuline a eu lieu aux Etats-Unis et semble avoir fait faillite. Les statistiques auraient montré que seulement une injection sur 2.000 aurait été utile.

Le prix de revient considérable de la gamma-globuline qui donne au mieux qu'une immunité tout à fait temporaire est un obstacle à la continuation de ces expériences.

tonique général biologique
sans excitants artificiels

Ampoules Buvables de 10 cc



Boîtes de 8 ampoules
Coffrets de 24 ampoules

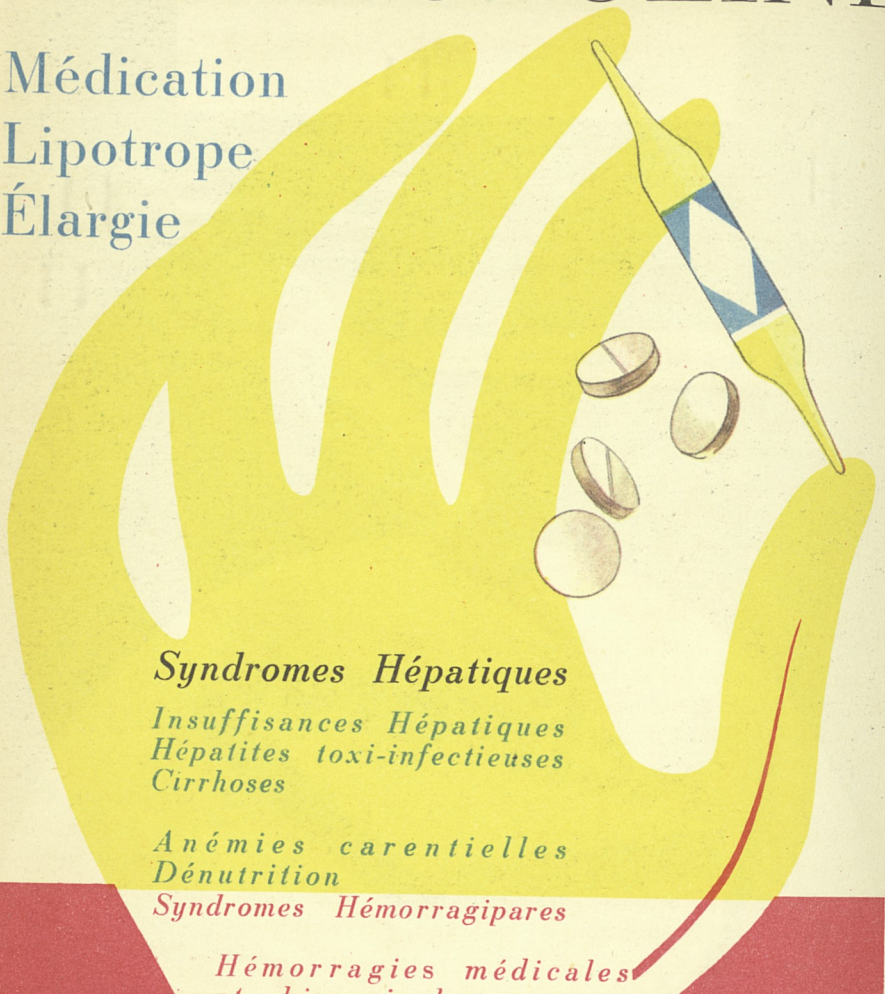
ÉTATS DE DÉPRESSION
PHYSIQUE, INTELLECTUELLE
OU PSYCHIQUE
TRAVAIL INTELLECTUEL
ANÉMIES SECONDAIRES
CONVALESCENCES

Remboursé par la Sécurité Sociale

LABORATOIRE DE L'HÉPATROL
4, Rue Platon — Paris XVe

MÉTHIOFOLINE

Médication Lipotrope Élargie



Syndromes Hépatiques

Insuffisances Hépatiques
Hépatites toxi-infectieuses
Cirrhoses

Anémies carentielles
Dénutrition
Syndromes Hémorragipares

Hémorragies médicales et chirurgicales
Débilité des prématurés et des nourrissons

tubes de 20 comprimés

Boites de 8 Ampoules de 5 cc pour injections I. M.

REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE

LABORATOIRE DE L'HÉPATROL
4, Rue Platon Paris XVe

PROPHYLAXIE DE LA ROUGEOLE

Elle est pour le moment uniquement passive.

Il y a lieu de faire un choix du produit employé et des indications de son emploi concernant l'âge de l'enfant et le moment de l'injection.

Le produit à employer a été primitivement le sérum de convalescents de la rougeole. Il reste le meilleur, mais ne peut souvent être obtenu en quantité suffisante. Puis, on a utilisé le sérum d'adultes ayant eu la rougeole autrefois avec une préférence pour celui des parents ayant eu la rougeole et chez qui un contact récent avec des enfants malades a pu augmenter les anticorps.

Enfin on tend à utiliser les gamma-globulines qui réussissent beaucoup mieux pour la rougeole que pour la poliomyélite.

Indications de l'emploi : De préférence au-dessous de 5 ans, mais aussi lorsque l'enfant présente une maladie aiguë, en particulier la coqueluche ou lorsqu'il est en mauvais état général.

Une autre indication plus tardive est constituée par les premiers mois de la grossesse.

Moment de l'injection : Injecté dans les cinq ou six jours après l'infection, le sérum de convalescents donne une protection absolue; injecté plus tard, une atténuation de la rougeole. Lorsque la rougeole est déclarée, il est sans effet, à moins d'employer les doses tout à fait massives.

Si l'enfant est en milieu hospitalier et si l'on peut choisir le moment de l'injection du sérum, il est préférable de l'utiliser tout à fait au début de la contamination de façon à avoir une protection totale.

Pour que celle-ci persiste, il faudra d'ailleurs répéter les injections environ tous les mois tant que durera l'épidémie.

Si au contraire, on opère en milieu familial ou dans des conditions suffisamment favorables, il sera préférable d'obtenir une séro-atténuation en faisant l'injection de sérum vers le sixième ou septième jour après le contact infectant. L'enfant obtiendra ainsi son immunité sans danger.

CONTRE-INDICATIONS VACCINALES

Devant de nombreuses contre-indications vaccinales pour la plupart desquelles aucun autre moyen n'a été proposé pour protéger les sujets en état de santé déficiente, l'auteur de ce résumé a pris la parole pour exposer son point de vue.

Les contre-indications doivent être classées en temporaires et durables. Les premières doivent persister. Il est bien évident qu'on ne vaccine pas contre la coqueluche un enfant qui a la rougeole.

Contre les

infections intestinales

Enfants : 20 à 50 gouttes
Adultes : 50 à 200 »
par jour dans un liquide quelconque avant les repas

ANIODOL INTERNE

Remboursable A. S.

Laboratoires de l'Aniodol
3 à 9, Rue des Alouettes
NANTERRE

Les autres devraient faire rechercher des procédés permettant de protéger les sujets pour qui une atteinte infectieuse serait d'autant plus grave que leur état est plus déficient.

Un bon procédé général consiste en la multiplication du nombre des injections et la diminution de chaque dose vaccinale.

Il serait souhaitable que pour chaque vaccination on donnât, à côté de la posologie indiquée pour l'adulte ou l'enfant bien portant, une posologie utilisable pour l'adulte ou l'enfant en état physiologique non satisfaisant.

GAMMA-GLOBULINES

Les gamma-globulines sont une partie des globulines que contiennent les sérums. Elles renferment la plupart des anticorps de ces sérums. On les obtient en traitant par voie chimico-physique les sérums de divers individus ou mieux les plasmas qui restent lorsque les sangs prélevés pour transfusions ont dépassé la date à partir de laquelle on ne peut plus les employer pour cet usage.

On peut donc considérer les gamma-globulines comme un concentré des anticorps contenus chez les individus qui ont fourni sérums ou plasmas.

Foie - Fer - Cobalt

TOT' HÉMA

8 gammas
Vitamine B12

Une à deux ampoules buvables par jour

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

58 d PAUL-MARTIAL

principe
lipocaïque
pancréatique

LIPORMONE

comprimés 10 cg.
(boîte de 30 comprimés)

hépatostéatoses endocriniennes,
toxiques ou infectieuses

complications vasculaires
et oculaires du diabète

troubles du métabolisme
des lipides

athérome - artériosclérose

xanthomatoses - psoriasis

4 à 6 comprimés par jour

Remboursé par la S. S.

LABORATOIRE CHOAY

48, AVENUE THÉOPHILE GAUTIER PARIS 16e

TUNISIE : Agence Pharmaceutique Française, 8, Passage du 7 mai, TUNIS

ANALYSE ET SYNTHÈSE DANS LE DIAGNOSTIC MÉDICAL

par Félix MASSELOT

—o—

Il est des esprits portés à l'analyse. Ils se complaisent dans le souci du détail et décomposent le réel en fragments. A l'opposé, il en existe de synthétiques, qui recherchent d'emblée les grandes lignes d'un problème et s'efforcent irrésistiblement de dominer la question. L'analytique se noie trop aisément dans les détails, qui lui masquent l'ensemble. Par contre le synthétique, peut devenir facilement le jouet de son imagination.

Mais la synthèse postule audace et élan : pas de créations possibles, sans ces deux ailes de la pensée. L'analyse, de son côté, épouse les contours du réel : pas de sécurité s'il est perdu de vue, car c'est le lest qui maintient l'équilibre du vaisseau.

Le médecin se doit donc d'user alternativement de l'une et de l'autre méthode et de transformer leur opposition en complémentarité.

Les résultats de l'analyse obtenus, on en déduit les conséquences, positives ou négatives qui en découlent. Ce sont les jalons qui permettent de ne pas s'égarer sur de fausses pistes. Ils signalisent une voie, ils ne permettent pas le plus souvent d'entrevoir un but.

Au contraire, la synthèse, qui rassemble les éléments épars, les articule, les coordonne, est un chemin sûr pour atteindre la vérité. Mais, attention, elle doit au préalable leur attribuer un **coefficient d'importance**, distinguer le principal de l'accessoire. **Elle ne saurait donc être une somme, mais bien un choix.** Elle ne procède donc pas à l'instar des mathématiques qui progressent par paliers, tel l'alpiniste qui gravit la pente, en plantant ses crampons. Elle tient plutôt du sentiment de l'artiste qui suit sa libre inspiration.

Par ce biais, s'introduit dans la réflexion du médecin, **un élément essentiel, étranger à la logique, j'ai nommé l'Intuition.**

L'intuition, en effet, ne naît pas du raisonnement, ni d'une idée préétablie, ni d'un ensemble de preuves. Elle est pur jaillissement. Ce n'est pas qu'on puisse voir en elle totale spontanéité. Certes, un cerveau n'est gratifié d'intuitions, que s'il possède des dispositions innées à les concevoir. C'est pourquoi, ceux qui en sont doués ne sont pas nombreux. Mais, de même que le peintre, le musicien, le littérateur, sont des artistes, en puissance, et ne le deviennent, en fait, qu'après une longue préparation et une lente maturation (sauf exceptions troublantes), de même, il n'est accordé d'intuitions valables, qu'à ceux qui ont préalablement exercé leur intelligence et meublé leur esprit.

L'intuition, comme la création artistique, n'est généralement pas une illumination, un don du ciel. Le plus habituellement, il faut la considérer

comme une éclosion, surprenante par sa rapidité, d'un germe qui avait **été semé dans l'esprit** au cours de l'existence.

Il s'agit ici de l'**intuition dite intellectuelle,** qui se crée à elle-même son objet et se confond avec lui.

Il faut bien l'avouer, ce n'est le plus souvent que d'**intuitions, qualifiées de sensorielles,** que le médecin est gratifié. Elles naissent d'une perception. Elles sont indépendantes de la culture, mais non de l'expérience.

Arrêtons-nous, un instant, à un exemple concret et banal. Chacun a pu voir, dans les hôpitaux, de vieilles surveillant s poser un diagnostic de maladie contagieuse, de méningite, de cancer, rejeter l'hypothèse de typhoïde, sans avoir examiné le malade. Elles se fient à leur flair et se basent sur l'aspect du patient et son comportement. J'ai connu, pour ma part, une surveillante dans un service d'enfants, qui, au cours de sa tournée matinale, s'arrêtait devant le suspect. Il a l'air bête, disait-elle, il va faire la rougeôle. De fait, le coupable, immédiatement isolé, faisait bel et bien une rougeôle, diagnostiquée sur la seule expression hébétée du visage, avant l'apparition du catarrhe oculo-nasal.

Nul doute, qu'il ne soit profitable, pour le médecin, de développer ce genre d'intuition, en approfondissant l'expérience de ses sens et en les éduquant, d'**avoir du coup d'œil.** C'est pourquoi, ceux qui procèdent d'emblée à l'examen du malade, sans l'avoir d'abord observé, se privent de renseignements parfois précieux N'est-ce pas là, la base du diagnostic psychiatrique ? En médecine générale, d'ailleurs, est-il indifférent de noter une attitude, un aspect du visage, une expression, une agitation ou une volubilité inhabituelle ? Le simple fait de voir un patient, tirer un papier où il a noté avec minutie la chronologie et le détail des troubles qu'il ressent, n'est-il pas à lui seul révélateur ? Je n'insiste pas sur ces évidences.

Il y aurait d'ailleurs quelque danger à se fier, sans contrôle, à cette intuition. Il ne s'agit ici que de nuances, par conséquent, il convient d'observer la plus grande prudence pour les interpréter.

Mais revenons à la question de l'Analyse et de la Synthèse.

Sans doute l'analyse peut-elle suffire, lorsqu'elle met en lumière **un symptôme dit pathognomonique,** par exemple, les pustules de même âge de la variole. Le plus souvent elle n'aboutit qu'à des constatations fragmentaires, dont il importe ensuite d'apprécier la valeur. Pour cela, il est nécessaire de pouvoir leur accorder un entier crédit, partant, il faut renoncer au mirage des **ébauches de signes,** où certains se complaisent, en croyant faire montre de finesse sensorielle. Pour être retenu, un symptôme doit être caractérisé, pouvoir être admis, sans discussion, par tous les observateurs. Il en résulte que l'observation du malade réclame **une entière objectivité** de la part de celui qui la collige. Les idées préconçues, troublent les perceptions. Même avec cette volonté d'impartialité, il arrive qu'on se laisse influencer, par un coefficient personnel, qui incline à trouver ce vers quoi la pensée est habituellement orientée,



TUNISIE : Ets ZANA et COHEN-JONATHAN

14 bis, Rue Arago — TUNIS

PATHOLOGIE MÉDICALE

VOMISSEMENTS
ASTHME · PRURITS
TOXICOSES DU NOURRISSON
INSOMNIES · ALGIES
DYSMÉNORRHÉES

4560 R.P.

Neuroplégique

LARGACTIL

CHLORHYDRATE de CHLORO-3 (DIMÉTHYLAMINO-3' PROPYL)-10 PHÉNOTHIAZINE

COMPRIMÉS dosés à 25 mg *(flacons de 50)*

AMPOULES de 5 ml (cm³) dosées à 25 mg pour injections intramusculaires profondes *(boîtes de 10)*

AMPOULES de 2 ml (cm³) dosées à 50 mg pour perfusions intraveineuses *(boîtes de 5)*

SUPPOSITOIRES dosés à 100 mg de base *(boîtes de 5)*

SUPPOSITOIRES dosés à 25 mg de base *(boîtes de 5)*

GOUTTES solution à 4 % (une goutte = 1 mg) *(flacons de 10 ml (cm³))*

Remboursé par la Sécurité Sociale

DOCUMENTATION ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES
RHÔNE POULENC
PARIS
INFORMATION MÉDICALE
28, COURS ALBERT 1er · TÉL. BAL. 10-70
Boîte postale 430-08 · Paris 8e

Syndicat des Médecins Tunisiens

Le Bureau du Syndicat des médecins tunisiens a rendu visite à deux de ses adhérents les plus éminents, Le Dr Tahar Zaouche, Ministre de la Santé Publique, et le Dr Sadok Mokadem, Ministre de la Justice Tunisienne.

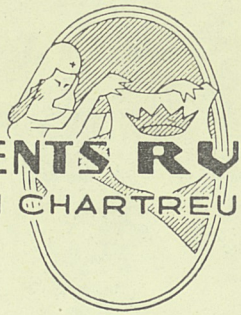
Au cours de l'entretien il a exprimé aux deux ministres la satisfaction du corps médical tunisien, de voir siéger au sein du Ministère qui porte la confiance et l'espoir de la nation tunisienne, deux personnalités qui représentent si bien et leur corporation et la population de ce pays.

Le Bureau a assuré les deux ministres de sa résolution de leur apporter le soutien et l'appui du corps médical tunisien.

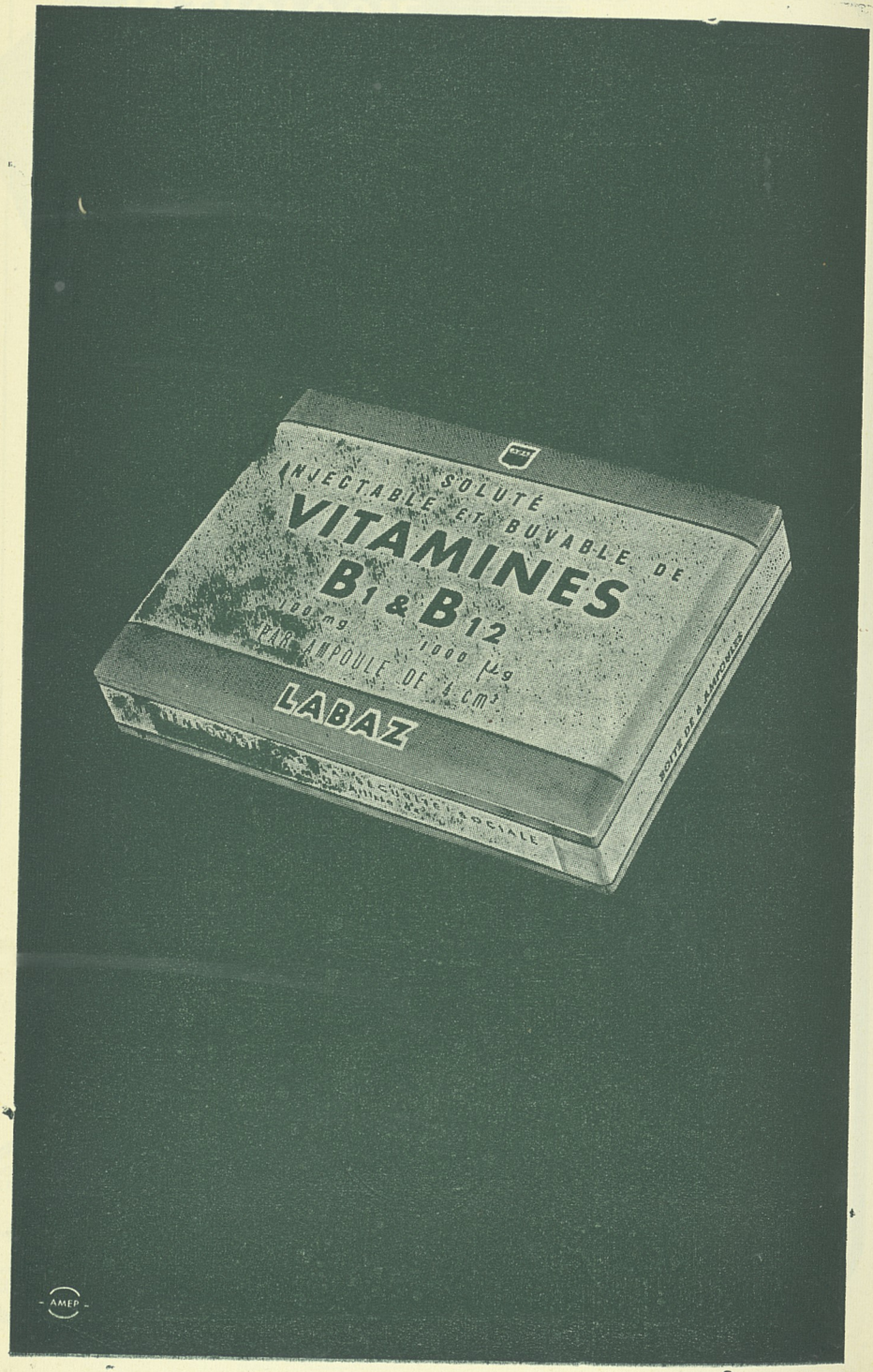
Il a évoqué auprès d'eux la nécessité de mesures de détente et d'amnistie que les tunisiens attendent avec impatience et qui contribueront à affermir le climat amical dans lequel doivent s'engager les conversations franco-tunisiennes.

Le Bureau a entretenu le Ministre de la Santé Publique de diverses questions intéressant le Syndicat et en particulier du problème que pose l'Institution de la Sécurité Sociale en Tunisie, hautement souhaitable pour le bien-être du peuple tunisien.

Le Secrétaire Général,
Mokhtar Azaiz.


PANSEMENTS RUBY S.A
VOIRON EN CHARTREUSE (ISÈRE)

TUNISIE : AGENCE PHARMACEUTIQUE FRANÇAISE
8, Passage du 7 Mai - Tunis



TUNISIE : Ets Note — 61, Av. Garros — TUNIS — Tél. 97-090

Société de Médecine de Paris

—o—

SEANCE DU VENDREDI 30 AVRIL 1954

Président : Dr Pierre LE GAC

Un signe nouveau au cours des néphrites : Les Vergetures, par M. Jean F. FORGE.

Les Vergetures s'observent dans certains types de néphropathies chez des sujets jeunes encore. L'hypertension, l'hématurie microscopique, une tendance à l'obésité, sont des signes associés à peu près constants.

Les Vergetures sont la manifestation d'une suractivité anormale de la cortico-surrénale; elles semblent survenir dans les formes graves rapidement évolutives.

***

L'Opothérapie de défense devant les Antibiotiques, par M. J. C. BAYLE.

L'Auteur devant les succès des antibiotiques, les compare à l'opothérapie des organes de défense (splénique totale ou spléno-surrénale).

Les antibiotiques s'opposent au développement des micro-organismes (pathogènes et utiles) et assez vite, affaiblissent les organes de défense, anéantissant pf. leur action.

L'opo-splénique renforce les défenses, accélère la guérison naturelle, écourte la convalescence. Non toxique, ignore la microbiorésistance et les contre-indications.

JACOBSON L.O., ROBSON M.S., MARKS B.K., confirment expérimentalement. en 1950, ce qu'écrivait BAYLE en 1921 : « Faire de l'opo-splénique, c'est faire en même temps de l'opo. des autres organes de défense », et prouve le rôle capital de la rate dans la formation des anticorps et son rôle trophique de premier plan sur les autres organes les produisant. L'opothérapie de ces organes ne peut donc rien ajouter à l'opothérapie splénique.

Armand DELILLE, sur 26 cas désespérés tub. pulmonaire avec injections spléniques seules : 22 succès. FLIEGEL (assist. Clin. Orthop., Vienne), sur 20 coxalgies incurables : 18 succès par voie buccale et J. C. BAYLE dans 102 grippes de 1918 : 101 succès par injections spléno-surrénales seules.

S'emploie seule (injections ou voie buccale) ou avec antibiotiques ou vaccins.

Dans une ostéomyélite très grave de l'humérus droit, le Dr WALTER obtint la décision en 21 jours (2 d'auréomine, 6 d'inj. spléniques, 5 d'auréomine et injec. spléniques, et 4 inj. de Propidon).

Récalcification de l'os en moins de sept mois.

*
* *

L'effet « Antabus », par M. S. TARA, Mlle Y. DELPLACE et M. CAVIGNEAUX.

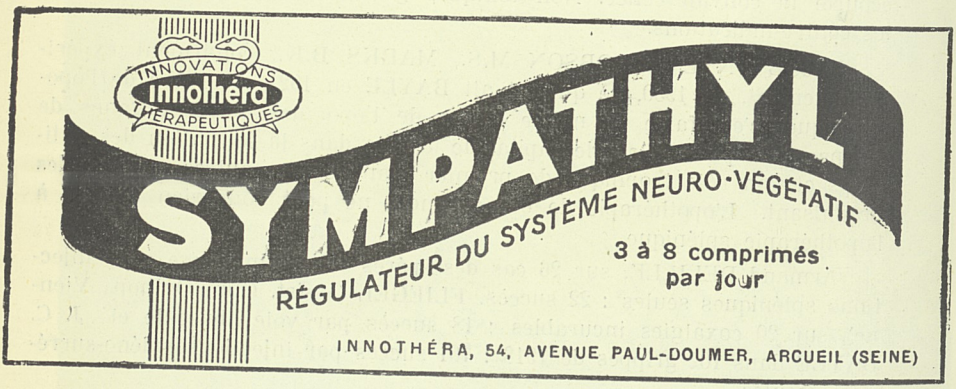
Les Auteurs rapportent les observations d'un ouvrier qui, travaillant à la fabrication de disulfure de tétra-méthyl-thiurane, a présenté après le déjeuner, un érythème du visage avec malaises et angoisses.

Cette action doit être rapprochée de celle de l' « Antabus » (disulfure de tétra-éthyl-thiurane).

*
* *

Le traitement par l'auto-sérothérapie du rhume des foins et quelques autres maladies anaphylactiques, par M. Charles FLANDIN.

L'Auteur ayant résumé quelques-unes de ses expériences poursuivies depuis 1911, expose la technique de l'auto-sérothérapie, son innocuité et son efficacité dans les rhumes des foins, certains cas d'asthme, d'urticaire et d'eczéma, ainsi que dans la goutte aiguë et chronique.



TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly - Tunis

SEANCE DU VENDREDI 28 MAI 1954

Sous la présidence du Prof. André RAVINA

—o—

Les « Contabs », médicaments retards, par M. A. PINEY (de Londres).

L'effet thérapeutique d'un médicament est lié à son niveau et à sa durée dans le sang. On s'est aperçu qu'on peut prolonger l'action des drogues données par voie buccale en les mélangeant à un polymère inerte.

On a déjà fabriqué de tels comprimés, de l'aspirine et de la pénicilline dont le principe actif n'est absorbé que régulièrement pendant 12 heures, permettant d'obtenir alors un niveau sanguin de valeur thérapeutique de même durée.

Ces comprimés dits « Contabs », permettent :

— Maintenance d'un niveau sanguin stable, sans clochers inutiles et sans baisse au-dessous de la valeur thérapeutique;

— Administration toutes les deux heures seulement, ce qui évite de réveiller le malade;

— Enfin, économie de drogue qui ne diminue pas l'effet thérapeutique, mais au contraire peut très souvent l'augmenter.

Le principe actif, l'excipient et l'absorption intestinale agissent ensemble, d'où l'expression « Médication isoergique » pour exprimer un tel synergisme.

*
* *

Traitement des abcès froids par des injections « in situ » d'Héparine, par MM. J. Albert WEIL et MURAT.

Les processus ulcératifs, excavatifs, la production de caseum, la « Nécrose coagulative » sont des facteurs de gravité dans l'évolution tuberculeuse. Le caseum est un milieu de culture électif pour les B.K.

Une part importante de la thérapeutique doit être dirigée contre le processus de « Caséification ».

L'héparine a une action « **antitryptique** », **anti-coagulante** (bloquant la thromboplastine), **anti-exsudative, hypérémiante, antagoniste du sympathique** et **anti-allergique.**

Une injection de 1 cc. d'héparine injectée « in situ » après ponction du pus, dans la cavité d'un abcès froid cervical, a pour effet de transformer le pus en un liquide épais entièrement sanglant. On ponctionne ce liquide. Les jours suivants on constate, en général, que la masse ganglionnaire sous-jacente à l'abcès a notablement diminué. Souvent, les jours suivants, le liquide ne s'est pas reproduit. Si l'on injecte à nouveau de l'héparine,

HYPERCHLORHYDRIE
DYSPEPSIES NERVEUSES
Toutes gastralgies

KAOBROL

2 { Formules / Formes

SIMPLE ou BELLADONE
TABLETTES ou POUDRE

Laboratoires J. LAROZE – 54, rue de Paris – Charenton (Seine)

HÉPATISME
ARTHRITISME
Cure de décholestérinisation

DECHOLESTROL

1 PAQUET douze jours par mois
matin et soir avant les repas
dans un demi verre d'eau

on retire à nouveau, les jours suivants un liquide sanglant. En général, la guérison de l'abcès est obtenu en 15 ou 20 jours après plusieurs injections d'héparine « in situ ». Dans les cas résistants, il y a avantage à associer à l'héparinothérapie locale un traitement général par di-hydrostreptomycine et izoniazide. Il sera nécessaire quelquefois d'associer à l'héparinothérapie locale et au traitement général par les antibiotiques l'héparinothérapie intra-veineuse : 50 ou 100 mmgrs par jour.

La thérapeutique héparinique locale a pour conséquence de faire affluer au sein même du foyer tuberculeux un sang chargé de di-hydrostreptomycine et de favoriser, par conséquent, l'action de l'anti-biotique. Mais à l'action anti-biotique s'ajoute l'action anti-fermentaire et anti-exsudative propre à l'héparine. Le sang, en outre, possède aussi un pouvoir anti-protidolytique.

L'héparinothérapie locale aux doses employées n'influe pas sur le test de tolérance à l'héparine. Elle constitue un premier exemple de **thérapeutique anti-enzymatique locale.** Elle est sans aucun danger.

Nous rendrons compte prochainement des résultats obtenus par l'héparinothérapie intra-veineuse associée à la cure générale par les antibiotiques dans la tuberculose pulmonaire.

*
* *

Etat actuel des médications anti-inflammatoires, par le Prof. André RAVINA et M. PESTEL.

Les Auteurs rappellent les éléments essentiels et le mécanisme des réactions inflammatoires faites d'œdème, d'hémorragies et de réactions tissulaires desquamatives qui sont susceptibles de se produire dans l'organisme humain sous les influences les plus diverses. Ces phénomènes peuvent prendre une prédominance sur les lésions spécifiques.

Ils ne sont pas toujours utiles et peuvent provoquer par leur intensité des accidents graves, parfois mortels.

Les Auteurs passent en revue les médications actuellement employées : agents étiologiques directs, tels que les antiseptiques, les sulfamides, les anti-biotiques, la cortisone et l'A.C.T.H.; les médications plus anciennes, telles que la théobromine la cryogénine, le salicylate de soude, la quinine, l'aspirine, le pyramidon.

Ils insistent sur l'action particulièrement énergique de nouveaux médicaments anti-inflammatoires, les dérivés pyrazolés, en particulier sur celle de la phénylbutazone et de l'association de cette dernière avec le pyramidon.

L'emploi de ces dérivés leur a permis, dans bien des cas, en particulier dans la tuberculose évolutive, de juguler des phénomènes généraux et fonctionnels dangereux ou pénibles et de guérir des infections aiguës sans l'adjonction d'antibiotiques.

COLLOGÈNE D'ARGENT

FURONCULOSE
Abcès du sein
Urétrites banales
COLIBACILLOSE

ADULTES : 8 à 12 comprimés par jour pendant 4 semaines

ENFANTS { à partir de 7 ans : 3 à 6 comprimés par jour
jusqu'à 7 ans : 1 comprimé par jour

—o—

AUCUNE TOXICITE

Laboratoires JEANSON — 4, rue du Marché Saint-Honoré
PARIS (1er) — Tél. : OPÉra 07-80

*
* *

Les troubles de la glycorégulation dans les ulcères gastro-duodénaux, par MM. Jean SALLET, Pierre TIXIER et Jean d'ALEMAN.

Les Auteurs rapportent le résultat d'épreuves d'hyperglycémie provoquées par l'absorption de glucose :

1° Chez trois gastrectomisés;

2° Chez quinze ulcéreux gastro-duodénaux.

Ils ont retrouvé chez les opérés les perturbations signalées par de nombreux auteurs et dans un de ces cas une courbe du type diabétique chez un sujet non glycosurique en temps habituel.

Chez les ulcéreux non opérés, ils ont noté, en général, l'existence d'une flèche élevée d'hyperglycémie, mais ne dépassant pas de valeur d'1 gr. 80 suivie, dans la plupart des cas, d'une dénivellation marquée pouvant aboutir à l'hypoglycémie ou au moins, à un chiffre inférieur à la valeur de départ. La flèche d'hypoglycémie a été supérieure à la valeur de 15 centgr. % dans 9 cas sur 13. Il paraît, en outre, important de tenir compte de la hauteur de la chute de la glycémie appréciée par l'addition des flèches d'hyperglycémie et d'hypoglycémie, cette valeur qui est normalement autour de 55 centgr. %, se trouvait comprise, dans 9 cas sur 15, entre 60 et 99 centgr. : les manifestations cliniques à type de malaise, de faim impérieuse, apparaissent en général au cours de cette dénivellation de la glycémie. Ces résultats confirment les recherches antérieures publiées dans ces dernières années et montrent que les perturbations de la glycorégulation ne sont pas l'apanage des gastrectomisés, mais qu'elles existent également avec une fréquence assez grande et une ampleur souvent marquée chez les ulcéreux avant toute intervention; il semble bien qu'il s'agisse là d'un terrain spécial propre à un nombre important d'ulcéreux, mais des statistiques plus étendues font défaut pour apprécier exactement la fréquence de ces phénomènes.

*
* *

Réflexions et hypothèses sur le rôle des troubles de la glycorégulation dans la physio-pathologie de la maladie ulcéreuse, par Jean SALLET.

Dans la communication précédente de Jean SALLET, Pierre TIXIER et Jean d'ALEMAN, avait été souligné la relative fréquence, chez les ulcéreux, de courbes d'hyperglycémies provoquées de type paradiabétique. Le fait peut paraître surprenant si l'on sait que l'ulcère est rare dans le diabète. En outre, l'hyperchlorhydrie constatée dans le diabète au début fait place à l'hypochlorhydrie à mesure que le diabète est plus ancien; ces faits semblent montrer une interréaction réciproque des troubles du fonctionnement gastrique et de la glycorégulation. Les arguments cliniques permettent de penser que le trouble glycorégulateur précède l'apparition des signes d'ulcus : on retrouve dans les antécédents de certains malades une phase prémonitoire caractérisée par une faim impérieuse ou défaillante, mais non douloureuse, qui fait place un jour à la classique faim dou-

loureuse des ulcus à l'heure précisément où les signes radiologiques permettent enfin de faire le diagnostic de lésion ulcéreuse. Ces cas « d'ulcus sans ulcus » des auteurs espagnols relèvent d'une hypoglycémie constatée dans quelques cas : chez ces sujets, l'auteur a retrouvé des perturbations d'épreuves d'hyperglycémie dont la courbe était aplatie et comportait un chiffre bas de la glycémie à jeûn : ces sujets sont habituellement de « gros mangeurs » ou des anxieux qui perturbent ainsi leur fonctionnement digestif et, par surcharge alimentaire ou évacuation accélérée de l'estomac, déclanchent une onde d'hyperglycémie précoce responsable d'une hypoglycémie secondaire par sécrétion exagérée d'insuline. S'il existe une fragilité des îlots de **Langerhans** le surmenage alimentaire provoquera le diabète sans que l'ulcus ait eu le temps d'apparaître. Chez les ulcéreux, au contraire, l'hypoglycémie insulinique aggrave l'hyperchlorhydrie et l'évacuation accélérée de l'estomac qui à son tour entretient la sécrétion exagérée de l'insuline, il en résulte un cercle vicieux qui peut certainement jouer un rôle néfaste et favoriser l'apparition de l'ulcus, d'autres causes étant susceptibles d'intervenir pour déclencher ce syndrome, notamment l'hyperhistaminémie et dans tous les cas des perturbations psychiques ou diencéphaloneurovégétatives.

*
* *

La dysfonction hypophysaire, par M. L. SAMUELS (d'Amsterdam).

L'Auteur expose ses moyens personnels de la déceler et d'y remédier, en particulier par les ondes courtes hypophysaires.

La Grande Marque
Des Antiseptiques
Urinaires et Biliaires

56, Boulevard Pereire
PARIS (17e)

URASEPTINE
ROGIER

dissout et chasse l'acide urique

Echantillons et Littérature :
OFFICE DE PROPAGANDE MEDICALE, 53, r. des Maltais, TUNIS



HEMORROÏDES

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

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

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

Intrait de Marron d'Inde "P"

La préparation la plus riche en vitamines "P" native

FLACON GRAND MODÈLE, CONTENANCE 3.000 GOUTTES ENVIRON. **PRIX : FRS 434**
FLACON PETIT MODÈLE, CONTENANCE 1000 GOUTTES ENVIRON. **PRIX : FRS 179**

11.000 γ de Vitamine P par cc.

Laboratoires DAUSSE 4, rue Auguste-Vacquerie (16e) PARIS D

Remboursé par la Sécurité Sociale
Échantillons sur demande

SEANCE DU VENDREDI, 25 JUIN 1954

Président : Dr Pierre LE GAC

—o—

Le traitement des artérites spasmodiques par les ultra-sons, par M. P.M. BERNARD.

L'auteur expose l'intérêt qu'il y a à employer l'ultra-sonothérapie dans le spasme artériel (claudication intermittente et maladie de RAYNAUD.

Les résultats sont assez encourageants pour préconiser cette nouvelle arme de la **physiothérapie** en **association** avec la thérapeutique médicale et surtout chirurgicale dont elle peut prolonger l'action.

*
* *

L'alimentation axiale, par MM. BÉCART et GAEHLINGER.

Il faut remarquer que parmi les peuples de la terre, le plus grand nombre a un régime alimentaire très simple, mais axé autour d'un aliment principal qui est le plus souvent dérivé d'une céréale.

Alors que les Italiens accordent la première place aux pâtes alimentaires, les Roumains au maïs, nous connaissons la prévalence du riz dans toute l'alimentation de l'Asie. D'autres peuples se nourrissent surtout de mil, de millet, de sorgho, de manioc, d'igname, etc...

Il est particulièrement caractéristique de constater que cette alimentation de base, ce régime centré sur une céréale,, toujours la même d'un bout de l'année à l'autre, semble protéger contre les infections intestinales jusqu'à un certain point.

MATIGNON avait remarqué que, malgré de fort nombreux parasites dans leur intestin, les Chinois ne font pas d'appendicite. Un chirurgien anglais ayant vécu plusieurs années au Thibet et ayant pratiqué plus de 5000 interventions, n'en relatait aucune pour appendicite, ni ulcère d'estomac. Mêmes constatations pour la Nouvelle-Calédonie où les accidents appendicitaires fréquents chez les Européens, sont pratiquement inexistants chez les indigènes à alimentation uniforme et axée. De même, PRADO TAGLE a constaté l'absence de troubles intestinaux ou appendiculaires chez les Araucaniens.

Il semble qu'en dehors des grandes endémies, malgré la constance du parasitisme, les infections intestinales — et plus particulièrement l'appendicite — soient plus rares chez les indigènes soumis à un régime simple, axé autour d'une céréale ou d'un farineux de base, que chez les Européens habitués souvent à une diversité alimentaire considérable.

OPOBYL BAILLY

Cholérétiques végétaux
Extraits hépatiques
et biliaires.

Affections hépatiques
Constipation

1 à 2 pilules aux repas

LABORATOIRES **A. BAILLY** · SPEAB ·
19, RUE DU ROCHER PARIS -

Agents pour la TUNISIE
M.M. VALENZA & Cie
36, Rue Thiers — TUNIS

ARHEMAPECTINE
GALLIER

Simple ou Vitaminée (Vitamine K)

ANTI-HEMORRAGIQUE

Boîtes de 2 et 4 amp.
de 20 cc.

SÉCURITÉ SOCIALE — Collectivités
A. M. G. — Art. 64 — Mutilés

Laboratoire **R. GALLIER**, 1 bis, place du Président Mithouard, Paris 7e
SPECIMEDHY, 37, rue d'Isly — TUNIS

Dans notre pays l'aliment de base qui servait d'axe au microbisme intestinal était le pain. Il est classique d'écrire et de dire que le pain est l'aliment fondamental des français; Marcel LABBE écrivait, il y a trente ans encore, que chez nous le pain forme presque la moitié de la ration alimentaire.

Il est à remarquer que la consommation de pain qui était, nous dit Philippe le BEL, d'environ 1.000 grammes était tombée à 500 grammes en 1890-1900; 300 grammes en 1946. Cette diminution semble s'accentuer encore dans ces dernières années

Le pain actuel constitue une véritable éponge et le Professeur CARNOT a montré que certains pains frais gonflent jusqu'à cinq et même sept fois lorsqu'il séjourne pendant une heure dans l'estomac. Dans l'intestin il provoque des fermentations excessives et nous savons tous que la première prescription devant un malade atteint de colite de fermentation consiste à supprimer totalement le pain et à le remplacer par des gressins ou des biscottes.

Cette suppression, ou tout au moins cette restriction du pain, a comme conséquence de créer un état d'instabilité microbienne intestinale par déficit de l'aliment axial. Les aliments se succèdent dans les voies digestives sans qu'aucun d'eux occupe la place prépondérante et oriente définitivement la flore bactérienne.

Cette extrême variété de l'alimentation sans prédominance axiale explique, tout au moins une part, la fréquence actuelle des troubles colitiques.

Nous estimons qu'il faudrait rendre au pain son importance alimentaire axiale d'autrefois. Pour obtenir ce résultat, il suffirait de s'en tenir à la définition donnée par le 11e Congrès international pour la répression des fraudes 1909 :

« Produit résultant de la cuisson de la pâte faite avec un mélange
« de farine de froment, de levain de pâte, de levure alcoolique
« de grain, d'eau potable et de sel ».

*
* *

Cette communication relate et commente une cinquantaine de cas d'hypertension artérielle traités par la cure de sommeil, par M. Pierre BERNAL.

Plusieurs techniques de cure de sommeil ont été utilisées; la cure de sommeil russe a l'originalité de réaliser un sommeil discontinu, mais, prolongé pendant 3 ou 5 semaines, avec des doses minimes de médicaments peu toxiques (sodium amytal, chloral). Ce sommeil « le plus proche possible du sommeil naturel » est facilité par le condition-

nement : atmosphère calme et silencieuse (insonorisation des chambres) éclairages bleus clignotants, bruiteurs monotones, collaboration d'un psychiatre, usage de placebos; cette cure a le mérite d'être peu dangereuse et toxique, mais elle est en France, évidemment, de réalisation difficile faute d'installations spéciales; elle a pourtant été expérimentée dans 10 cas étudiés.

Le plus souvent, on réalise le sommeil par des associations médicamenteuses; celles-ci permettent d'éviter d'administrer les grands barbituriques à dose élevée. En principe les drogues employées potentialisent leurs actions hypnogènes sans additionner leurs effets toxiques. En fait, il faut toujours donner le moins de médicaments possibles et éviter les associations trop complexes dont les effets en pathologie humaine sont difficiles à prévoir et à interpréter. On emploie, en général pour l'endormissement le mélange phénergan-dolosal-largactyl réinjecté chaque 6 ou 8 heures. Pour l'entretien du sommeil on associe au largactyl et au phénergan de l'amytal, du chloral ou du menbutal et dans certains cas des injections intra-veineuses de bromure de calcium et des suppositoires de curare.

La technique ne peut être complètement standardisée, les doses nécessaires et le choix du mélange varient selon les malades. Il faut un personnel très expérimenté; il est indispensable d'éviter, aussi bien l'excitation que la torpeur profonde et continue; les malades doivent être réveillés 3 fois par 24 heures pour les repas, les évacuations et la toilette.

Dans un 3e ordre de cas (d'hypertension particulièrement rebelle chez les sujets jeunes), on a associé à la médication un refroidissement léger qui n'a jamais été porté au-dessous de 34°. L'association du froid permet de réduire énormément les doses d'hypnotiques, anti-histaminiques, sympatholitiques. Quelques essais seulement ont été faits et avec beaucoup de prudence : il est trop tôt pour apprécier si cette méthode peut être, sans risque, employée plus souvent.

Quelle que soit la méthode employée, l'action immédiate de la cure sur la pression artérielle, les symptômes fonctionnels, le fond d'œil et parfois la trace électrocardiographie, s'est montrée souvent remarquable, mais dans l'ensemble ces résultats ne persistent pas longtemps : de 6 semaines à 6 mois; il est vrai que toutes ces observations se rapportent à des hypertensions malignes, rebelles à tous les traitements et pour plusieurs récidives après sympatectomie.

Il résulte de tout ceci qu'il serait intéressant d'entreprendre la cure de sommeil dans des hypertensions moins graves, ce qui exigerait une grosse étude statistique dans ces centres spécialisés...

Société Médicale des Hôpitaux d'Alger

SEANCE DU 1er JUIN 1954

—o—

La leucémie myéloïde chronique de l'enfant (à propos de deux observations), par MM. A. PORTIER, J. MASSONNAT, H. DEYME et P. NAKACHE.

Les Auteurs soulignent l'extrême rareté de la leucémie myéloïde chronique chez l'enfant et en rapportent deux exemples très différents :

Le premier cas est celui d'une enfant de 11 ans, qui a présenté une forme typique identique à celle de l'adulte. La radiothérapie à faibles doses (1.300 r. en 14 séances) a entraîné une rémission complète suivie de rechute 6 mois plus tard

Le deuxième cas, observé chez un enfant kabyle de 15 ans, est une forme atypique, intermédiaire entre l'érythroblastose et la leucémie myéloïde : hépatosplénomégalie volumineuse, ascite, œdèmes, anémie, formule sanguine subleucémique, métaplasie myéloïde totale du foie et de la rate (érythroblastose autour de 50 %), moelle osseuse normale, troubles importants du développement, évolution lente. La radiothérapie à faibles doses (500 r. en 10 séances) a provoqué une rémission complète pendant un an.

*
* *

Syringomyélie. Arthropathies syringomyéliques, par MM. Jean THIODET, Jacques THIODET et NICOLE (présentation de malade).

*
* *

Anémie hémolytique avec auto-anticorps traitée par la Cortisone, par MM. Ed. BENHAMOU, B. FERRAND et P. GRIGUER.

Les Auteurs rapportent l'observation d'une femme de 55 ans, entrée à l'hôpital pour une anémie hémolytique aiguë gravissime (1.140.000 G.R.; R.G. : Hi : 6,52, Ht : 2,54) chez laquelle la présence d'auto-anticorps vint éclairer le diagnostic étiologique. On avait pensé d'abord à une anémie de Leoderer-Brill, puis à une crise hémolytique d'une anémie congénitale. L'échec des transfusions sanguines et la présence d'auto-anticorps firent instituer un traitement par la Cortisone (300 mmg. par jour pendant 8 jours, puis 200 mmg. par jour pendant 12 jours) et qui entraîna une guérison en apparence définitive. Ainsi, faut-il faire une part de plus en plus grande aux anémies hémolytiques avec auto-anticorps dans le grand chapitre des anémies hémolytiques.

Antiallergique

Bien toléré

THÉPHORINE "ROCHE"

Rhinites

Coryza

Urticaire

Dragées

Sirop

Onguent

PRODUITS "ROCHE" S. A.

10, RUE CRILLON - PARIS-4e

*
* *

Purpura thrombocytopénique avec auto-anticorps. Action de la Splénectomie et de l'Hormonothérapie, par MM. Ed. BENHAMOU, A. ALBOU et P. GRIGUER.

*
* *

Leucémie lymphoïde subaiguë et miliaire pulmonaire,
par MM. Ed. BENHAMOU, A. ALBOU et J. AMOUYAL.

Les Auteurs rapportent l'observation d'une femme de 48 ans, entrée à l'hôpital pour une leucémie lymphoïde subaiguë (G.B. : 73.600 avec 20 lymphoblastes et 46 lymphocytes) La présence d'un infiltrat pulmonaire s'étendant sous la forme d'une miliaire dans le poumon gauche, puis dans le poumon droit et la négativité de la recherche du BK par tubage gastrique à deux reprises firent d'abord penser à un infiltrat leucémique possible. Un traitement par la Cortisone sembla améliorer l'état pulmonaire et arrêta la poussée évolutive de la leucose. Mais un troisième tubage permit enfin de déceler la présence de BK et c'est en reprenant le traitement cortisonique sous couvert des antibiotiques associés (Rimifon, P.A.S. et Streptomycine) qu'on obtint un effacement complet des images granuliques et l'amélioration de la poussée leucosique (14.600 G.B. avec 4 lymphoblastes et 48 lymphocytes). Depuis cette époque, les cures cortisoniques ont chaque fois arrêté de nouvelles poussées évolutives de cette leucémie lymphoïde sans qu'à aucun moment, on ait eu de récidive de la tuberculose pulmonaire.

*
* *

Acromégalie avec ostéoporose des os longs et hyperostose frontale interne,
par MM. André HUGUENIN et J. IMBERT.

Les Auteurs rapportent l'observation d'une femme musulmane de 40 ans, acromégale, atteinte de diabète et d'aménorrhée depuis quatre ans. L'examen radiologique montre une ostéoporose des tibias et péronés, de l'os frontal associée à une nette hyperostose frontale interne : selle turcique ballonnée avec destruction de la lame quadrilatère. Les Auteurs retiennent le rôle de l'insuffisance ovarienne dans la genèse de l'ostéoporose et discutent à propos de cette observation la conception physiopathologique moderne de l'hyperostose frontale interne et du syndrome de Morgagni-Stewart-Morel.

*
* *

Un nouveau cas de réticulo-sarcome de l'estomac, par MM. P. MINICONI, J. FERRAND et Mme MUSSINI-MONTPELLIER.

*
* *

Sur quelques particularités cliniques de l'Angor coronarien,
par M. G. DUBOUCHER.

L'Auteur met successivement en relief les points suivants :
1° Le début habituellement brusque de la scène angineuse.

2° L'existence non exceptionnelle de signes avant-coureurs de la thrombose coronarienne.

3° La rareté relative des crises sténocardiaques isolées.

4° Le masque digestif des coronarites postérieures.

5° La fréquence et la diversité des troubles flatulents réflexes.

6° L'association possible de l'angine de poitrine à certaines manifestations respiratoires bien différentes de la polypnée et de la dysphrénie.

7° L'action sédative de la gorgée d'eau froide dans certains angors coronariens.

8° Le cas des topoalgies thoraciques après infarctus du myocarde.

*
* *

Amibiase pulmonaire à type de « pneumonite » pseudo-kystique au cours d'une amibiase hépatique, par M. J. LOUBEYRE, Mlle E. FARKAS et M. C. GILLE.

Chez un tuberculeux pulmonaire atteint d'un foyer discret de l'apex droit apparaît rapidement, à l'occasion de vomiques fractionnées typiques, une image pseudo-kystique intra-pulmonaire de la base correspondante, subordonnée à la fistulisation dans les bronches d'un abcès du foie méconnu. Résorption rapide de ces manifestations sous l'influence d'un traitement émétinien. Discussion sur l'interprétation de cette réaction pulmonaire.

*
* *

Valeur comparative de la bronchographie lipiodolée à la sulfamide et au talc, par MM. J. LOUBEYRE et P. GRANGAUD.

Les Auteurs restent fidèles au mélange lipiodol-sulfamide préconisé par HOUGTON et RAMSAY.

*
* *

Splénomégalie myéloïde syphilitique, par MM. A. PORTIER, J. MASSONNAT, H. DEYME et H. FRANÇOIS.

Les Auteurs rapportent l'observation d'un Musulman algérien de 35 ans, porteur d'une volumineuse splénomégalie avec anémie à 2.200.000 G.R. et sérologie positive (Kahn + ± + — Kline +). La ponction de la rate montrait une métaplasie myéloïde importante, avec prédominance des érythroblastes et très rares mégakaryocytes. La guérison a été très rapide, avec le traitement antisyphilitique, et se maintenait deux ans plus tard; la rate, à peine débordante, a pu être à nouveau ponctionnée; le splénogramme était normal.

* *
*

Le 4763 R.P. dans le traitement de l'amibiase intestinale. Etude clinique, coprologique et rectoscopique de 31 cas, par MM. J. LEBON, R. EISENBETH et M. BELUIZDAD.

SEANCE DU 2 JUIN 1954

—o—

L'épaule douloureuse. Conférence d'actualité par M. le Professeur Florent COSTE (Paris).

SEANCE DU 15 JUIN 1954

Sclérose latérale amyotrophique fruste (paralysie glosso-labio-laryngée).

Présentation de malade par MM. G. AUBRY, J. MASSONNAT, H. DEYME et LAURENS.

Ostéopétrose.

Présentation de malade par MM. A. PORTIER, H. TILLIER, J. MASSONNAT et LAFFONT.

*
* *

Asthme et hormones ovariennes. Etude expérimentale, par M. A. GROSS.

L'Auteur rapporte une série d'expériences réalisées chez le rat blanc femelle porteur de lésions bronchitiques expérimentales. L'injection intrapéritonéale d'ovalbumine est alors susceptible de déclencher, dans certains cas, chez ces animaux, une crise d'asthme. Ce résultat est obtenu chez les rates castrées traitées par œstrogènes. Par contre, celles recevant de la progestérone sont réfractaires. Discussion de ces faits, en les confrontant avec les observations cliniques.

*
* *

Remarques sur l'électrophorèse (macro-électrophorèse de Tiselius et micro-électrophorèse sur papier) dans l'étude des hémoglobines humaines anormales, par MM. Ed. BENHAMOU, J. PUGLIESE, P. GRIGUER et P. AMOUCH.

Les Auteurs après avoir rappelé les propriétés biochimiques (alcali-résistance, courbe de solubilité) qui caractérisent les hémoglobines des différentes anémies hémolytiques génotypiques (anémie de Mimkowski-Chauffard, anémie de Cooley, anémie de Herrick), étudient les propriétés électrophorétiques à la lumière des documents obtenus par eux. Sans doute, la micro-électrophorèse sur papier reste le moyen le plus rapide, et suffisamment sensible, pour identifier les différentes hémoglobines : l'hémoglobine A ou adulte, l'hémoglobine F ou fœtale, l'hémoglobine S ou sicklémique et aussi les hémoglobines anormales plus rarement rencontrées, comme l'hémoglobine C (SPAET, RANNEY, PORTIER), ainsi que pour confirmer l'homozygotisme ou l'hétérozygotisme.

Cependant, la micro-électrophorèse sur papier n'est pas à l'abri de cause d'erreurs. C'est la raison pour laquelle, les Auteurs conseillent de

OXYPHYLLINE

Oxy - Ethyl - Théophylline

NOUVEAU DÉRIVÉ SOLUBLE DE LA THÉOPHYLLINE
PLUS ACTIF MIEUX TOLÉRÉ

ASTHME - EMPHYSEME
DYSPNÉES SPASMODIQUES
ANGINE DE POITRINE
INSUFFISANCE CARDIAQUE
INSUFFISANCE RÉNALE

Dragées à 0 gr. 10 : 4 à 6 par jour - Suppositoires à 0 gr. 35 : 1 à 2
Ampoules à 0 gr. 25 pour injection IM ou IV et pour aérosols.

LABORATOIRE AMIDO — 4, PLACE DES VOSGES — PARIS 4e

DOCTEUR . . .
à vos Dyspeptiques,
vos Insuffisants pancréatico-biliaires,
vos Ulcéreux,
à tous vos Malades qui digèrent ou assimilent mal
PRESCRIVEZ :

PANCREAL
KIRCHNER

Complexe d'extraits pancréatiques dégraissés et purifiés
suractivés par des ferments digestifs (diastases)
Contient 100 % d'éléments actifs (ni sucre, ni cacao, ni fécule)
POSOLOGIE : 3 à 4 COMPRIMES APRES LES REPAS
Catégorie B des Assurances Sociales — Echantillon sur demande

Laboratoires du Dr KIRCHNER - 24 bis, Rue de Verdun, STRASBOURG (Bas-Rhin)

faire toujours appel à l'électrophorèse optique de Tiselius avec les 2 tampons : le phosphatique et le cacodylique. On a alors une mesure plus exacte des vitesses de migration pour les différentes hémoglobines De plus, pour l'hémoglobine fœtale, on aura 2 clochers avec le tampon phosphatique et un seul clocher avec le tampon cacodylique, ce qui permet d'identifier avec beaucoup plus de sûreté cette hémoglobine qu'on rencontre, d'une part chez les nouveau-nés jusqu'à 6 mois, et d'autre part, dans l'anémie de Cooley. Enfin, les documents d'électrophorèse optique permettent une mesure plus facile et plus exacte des pourcentages de chaque hémoglobine lorsqu'il s'agit de sujets hétérozygotes ou de malades porteurs de tares génétiques associées.

*
* *

Sicklémie. Maladie chez une Musulmane non négroïde. Intérêt majeur de l'électrophorèse pour son diagnostic, par MM. Ed. BENHAMOU, J. PUGLIESE, P. GRIGUER et P. AMOUCH.

Les Auteurs rapportent l'histoire d'une jeune Musulmane, blonde aux yeux clairs, présentant des crises hémolytiques graves au cours d'une anémie au long cours et chez laquelle l'abondance des cellules en cible avait fait porter le diagnostic d'anémie de Cooley; un taux d'hémoglobine alcali-résistante à 69 % avait paru un argument en faveur de ce diagnostic. C'est l'existence, à partir de la micro-électrophorèse sur papier comme à la macro-électrophorèse de Tiselius, d'une hémoglobine S qui fit revoir la lame de sang et découvrir une quantité considérable d'hématies falciformes. La mère et le père présentant l'un et l'autre, à la fois des hématies en cible et des hématies falciformes sur les frottis sanguins, on put faire le diagnostic de sicklo-anémie par homozygotisme chez la malade (1 seule bande d'hémoglobine S). L'enfant née de la malade et actuellement âgée de 2 ans est également porteuse de la tare sicklémique, et avant d'avoir pu examiner le sang du mari, l'électrophorèse permettait d'affirmer qu'il s'agissait de sicklémie chez une hétérozygote (2 bandes d'hémoglobine, l'une de S, l'autre de A).

Seules, les transfusions sanguines, font remonter chez notre malade homozygote le taux des globules rouges qui passe de 2.000.000 à 3.000.000 sans que ce chiffre puisse être dépassé. Au cours de la grossesse, les crises hémolytiques revinrent plus fréquemment et nécessitèrent des transfusions répétées. Mais l'accouchement eut lieu sans incident et l'enfant porteur du « sickling-trait » est cliniquement bien portant. La survenue d'un paludisme à Plasmodium vivax, il y a quelques années, et qui guérit avec les moyens habituels, montre bien contrairement à l'opinion de certains auteurs, qu'il n'y a pas d'incompatibilité entre une dropanocytose et la malaria. Nulle ascendance négroïde chez notre malade qui habite le littoral algérois, d'où l'intérêt de l'électrophorèse pour faire avec certitude le diagnostic de sicklémie et de sicklo-anémie.

*
* *

Quatre ans après ou les résultats éloignés du traitement des alcooliques par le Disulfiram, par MM. Maurice POROT et G. DUBOUCHER.

L'étude de 20 cas d'alcooliques traités par le Disulfiram (antabus) dans lesquels le sevrage remonte de un à quatre ans, indique qu'une guérison durable est obtenue dans la moitié des cas par une cure basée avant tout sur la psychothérapie et la poursuite prolongée de la médication protectrice, véritable appareillage orthopédique de la volonté infirme du malade. Passé ce délai de un an, les rechutes ne sont pas plus nombreuses au fur et à mesure que le temps passe; les malades qui ont suivi scrupuleusement le traitement guérissent plus sûrement, l'échec est plus fréquent chez les femmes alcooliques que chez les hommes, plus rare autour de la quarantaine qu'aux âges extrêmes. Les conditions familiales jouent un rôle essentiel; l'existence d'un conjoint à la fois bienveillant et capable de jouer un rôle d'ange gardien est une des conditions essentielles de succès, plus que la présence ou l'absence d'enfants au foyer. Les névroses graves, la faiblesse de caractère, l'abandon et la réjection sont les causes principales de rechutes.

*
* *

Note préliminaire sur l'utilisation de l'iodure de succinyl-choline dans la curarisation des malades soumis aux électro-chocs, par MM. Maurice POROT et E. BISQUERRA.

L'iodure de succinyl-choline utilisé dans les traitements par électrochocs, procure une paralysie musculaire massive et de brève durée. Ce produit a, sur les curarisants habituels, l'avantage d'une innocuité absolue, d'une remarquable brièveté d'action (2' à 4') due à la décomposition rapide et spontanée du produit dans l'organisme; on note également l'absence des effets histaminiques secondaires de l'électro-choc et des curarisants habituels. Il ne doit toutefois être employé qu'avec le concours d'un anesthésiste qualifié et d'un matériel permettant la respiration contrôlée.

*
* *

Anémie hémolytique aiguë après ingestion de P.A.S. ascorbique chez un enfant. Guérison par des transfusions, par MM. A. ATTAL et J. ZEROLO (Constantine).

Les Auteurs rapportent le cas d'une anémie hémolytique aiguë survenue chez un enfant de quatre ans après absorption d'une seule ampoule de P.A.S. ascorbique. Une transfusion sanguine fut nécessaire pour sauver une situation très compromise.

Passant en revue les cas semblables publiés, ils constatent avec quelle fréquence ce même produit est responsable d'accidents de cet ordre chez

le jeune enfant. La pathogénie de tels accidents est mal élucidée, vraisemblablement allergique ou idio-syncrasique. Ce médicament paraît à éviter chez l'enfant, surtout en mauvais état général. Bibliographie.

*
* *

Anomalies électro-encéphalographiques de l'hémoglobinose C (à propos des syndromes neuro-hémolytiques), par Mlle S. NATTER, Mme SAINT-JEAN et A. PORTIER.

Les Auteurs présentent les tracés E.E.G. enregistrés chez 12 sujets appartenant à une famille de négroïdes musulmans algériens atteints de tare hémoglobinique C (3 cas d'homozygotisme; 9 cas d'hétérozygotisme). Tous ces tracés sont anormaux et montrent des accidents semblables, caractérisés surtout par des ondes lentes, par des pointes et par des signes de labilité corticale.

Ces altérations E.E.G. ont été observées en l'absence de toute anomalie neuro-psychique apparente, comme celles qui peuvent être souvent constatées au cours de la thalassémie; mais les tracés sont nettement différents dans l'un et l'autre cas (rythmes rapides, pointes et absence d'ondes lentes dans la thalassémie). Ces dyarythmies latentes s'inscrivent dans le cadre des syndromes neuro-hémolytiques hérédo-familiaux décrits par Ch. SARROUY et A. PORTIER.

*
* *

Accidents épileptiques chez un tuberculeux traité à la di-insuline, par MM. J. LOUBEYRE et LAVERGNE.

*
* *

Efficacité de la sulfamidothérapie après échec des antibiotiques fongiques au cours d'une double suppuration pulmonaire, par MM. J. LEBON, M. FABREGOULE et R. LE GO.

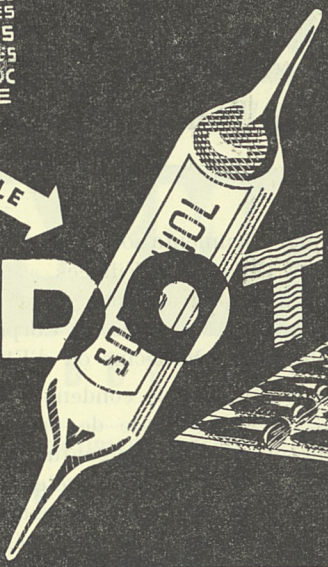
Les Auteurs rapportent l'observation d'un malade de 32 ans ayant présenté une double suppuration pulmonaire que n'influencèrent pas 80.000.000 d'unités de pénicilline associées à 72 grammes de streptomycine, 30 grammes d'auréomycine, 20 grammes de terramycine. L'état général du blessé et des hémoptysies à répétition empêchèrent toute tentative chirurgicale. La guérison fut cependant obtenue par une association de quatre sulfamides à la dose quotidienne de 3 grammes. L'évolution parallèle vers la guérison des deux suppurations pulmonaires est en faveur de l'efficacité de la chimiothérapie.

AFFECTIONS DU FOIE
MANIFESTATIONS ARTHRITIQUES
ÉTATS CONGESTIFS CHRONIQUES
DES MUQUEUSES RESPIRATOIRES
ACCIDENTS CUTANÉS
AFFECTIONS ARTÉRIELLES
MÉDICATION ANTI-CHOC
AÉROSOLTHÉRAPIE

BUVABLE

EN INJECTIONS

SODOTHIOL



EN SUPPOSITOIRES

LABORATOIRE
DE MÉDECINE
EXPÉRIMENTALE
G. TÉTARD

S.A.R.L. 7 BOULEVARD DE L'ASSAUT, BEAUVAIS, (OISE).

HEPATOSUC

EXTRAIT DE FOIE BUVABLE TITRE EN VITAMINE B 12 A L'ETAT NATIF

Vitamine B12 15 gammas par ampoule de 10 cc. { **Vitamine B 1** 0 gr. 003 / **Vitamine B 2** 0 gr. 002

Anémies — Asthénie — Convalescences
Retard de croissance staturale et pondérale

J. LESQUENDIEU - Pharmacien

Laboratoires PROBIOS 4, rue de Miromesnil - Paris 8e

INFORMATIONS

—o—

Le cinéma au service de l'information médicale

——o——

Nous apprenons qu'une documentation scientifique cinématographique, intitulée : « Actualités Médicales Filmées » réalisée par l'Agence Française d'Information Cinématographique, sera désormais mise périodiquement à la disposition des Membres du Corps Médical ayant l'occasion de réunir des auditoires de Médecins ou d'Etudiants en Médecine.

Présentées sous une forme, à la fois condensée et variée, en un film sonore de format 16 mm. et d'une durée de projection d'environ une heure, ces Actualités traiteront, sous la signature des personnalités les plus qualifiées, de sujets à l'ordre du jour, relevant de toutes les disciplines qui intéressent la pratique médicale moderne : sciences naturelles, chimiothérapie, physique nucléaire, médecine, chirurgie, psychologie.

Les programmes seront établis par un Comité de Rédaction comprenant :

— M. le Professeur Agrégé BOURLIERE, de la Faculté de Médecine de Paris;

— M. le Docteur COURJARET, Médecin Assistant des Hôpitaux de Paris;

— M. le Docteur ROBIN, Ancien Interne des Hôpitaux de Paris, Assistant à l'Hôpital Lariboisière;

assistés de M. Jacques SCHILTZ, Technicien du Cinéma Médico-Chirurgical, et de M. Jean PAINLEVE, en qualité de Conseiller Scientifique.

Le premier programme des « Actualités Médicales Filmées » sera composé de la façon suivante :

1. « Les radio-isotopes en biologie médicale »,
   par M. le Professeur Agrégé COURSAGET;

2. « Une nouvelle méthode d'investigation : le pneumo-médiastin artificiel »,
   par M. le Professeur BARIETY;

3. « La chirurgie frontale sélective »,
   par M. le Docteur LE BEAU, Neuro-chirurgien des Hôpitaux de Paris;

4. « Les leucoses aiguës »,
   par M. le Professeur Agrégé Jean BERNARD;

OPOTHÉRAPIE HÉPATIQUE

FICARMONE

INJECTABLE 5-10 ET 25 AMPOULES

FICARMONE "crudum"

BUVABLE 6 AMPOULES DE 5 ET 10 CM³

REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

LABORATOIRE DE L'ENDOPANCRINE

48 RUE DE LA PROCESSION PARIS

endo

ENDO

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

BELLADENAL

Frénateur du Vague

Sédatif des centres sous-corticaux

Comprimés — Suppositoires

Laboratoires SANDOZ

6, Rue de Penthièvre — PARIS-8e

DEPOSITAIRE GENERAL :

M. JARMON — 10, Rue d'Espagne - TUNIS

5. « La nouvelle Faculté de Médecine de Paris »,
présentée par M. le Doyen BINET.

Les premières copies seront disponibles à partir du mois d'octobre 1954.

Les Médecins s'intéressant à la projection des « Actualités Médicales Filmées » pourront s'adresser aux

SERVICES D'INFORMATION MEDICALE « SPECIA »
Boîte Postale 490-08, Paris-8e, Balzac 10-70 .

Académie Duchenne de Boulogne

—o—

Le prix annuel 1954 de dix mille francs décerné par **l'Académie Duchenne de Boulogne** à un travailleur indépendant, dont l'œuvre ou la création ayant trait aux Sciences Médicales, sera jugée la meilleure, sera attribuée en janvier 1955.

Les Mémoires inédits en langue française, non encore récompensés (dactylographiés en double exemplaire), doivent être envoyés au Secrétariat de l'Académie, 37 Bis, Bd Berthier, Paris XVIIe, avant le 31 octobre 1954

Congrès du Collège International des Chirurgiens

Genève, 23-26 mai 1955

—o—

A l'occasion du vingtième anniversaire de la fondation à Genève en 1935 par le professeur Max THOREK, du Collège international des chirurgiens, dont le président actuel est le professeur R. NISSEN, directeur de la Clinique universitaire de chirurgie de Bâle, un congrès sera organisé à Genève du 23 au 26 mai 1955. Un des fondateurs, le professeur A. JENTZER, directeur de la Clinique universitaire de chirurgie de Genève, a été nommé président de ce congrès; les vice-présidents en sont les docteurs J.-H. OLTRAMARE (Genève) et A. NICOLET (Berne). Les thèmes des rapports ainsi que les noms des rapporteurs et conférenciers seront annoncés dans un prochain communiqué. Pour les demandes de renseignements et les inscriptions, s'adresser au secrétariat du congrès : rue de la Confédération 6-8, Genève.

P.A.B.
PARAMINAN
Acide Para-Amino-Benzoïque

DYSPNEES DE TOUTES ORIGINES
(seul ou associé à la Théophylline ou à la Ouabaïne)

EFFET-RETARD
(associé à la streptomycine ou à la pénicilline)

ACTION VITAMINIQUE - Vitamine H'1
(vitiligo, psoriasis, prurit, pemphigus, sclérodermie, canitie)

ampoules à 5 % et à 10 %
dragées à 0,25 gr.

SÉCURITÉ SOCIALE

Laboratoire **R. GALLIER**, 1 bis, place du Président Mithouard, Paris 7e
SPECIMEDHY, 37, rue d'Isly — TUNIS

LABORATOIRES
CHIBRET
POMMADES ANTIBIOTIQUES
CHIBRET

Clermont-Ferrand — PARIS

AUREOMYCINE	1 et 3 %
BACITRACINE CHIBRET	1.000 u/g
CHLORAMPHENICOL	1 %
OXY-TETRACYCLINE	1 %
PENICILLINE CHIBRET	1-5-10.000 u/g
STREPTOMYCINE (Dihydro)	1 %
TRI-ANTIBIOTIQUE	

Tubes Ophta et Dermato

RR. W. PARIS

TUNISIE : Ets ZANA et COHEN-JONATHAN
14 bis, Rue Arago — TUNIS

Prix Chibret 1955

(7e Année)

—o—

Ce Prix de 200.000 francs, fondé en mémoire du Docteur Paul CHIBRET, est décerné chaque année à l'auteur d'un mémoire ou d'une thèse intéressant l'Ophtalmologie.

Les candidats doivent être, soit un étudiant inscrit à une Faculté de Médecine de Langue Française, soit un Docteur en Médecine ayant soutenu sa thèse depuis moins de deux ans, également devant une Faculté de Langue Française.

Les mémoires soumis au Jury doivent être rédigés en Français imprimés ou dactylographiés. Ils doivent être soit inédits, soit publiés dans le cours des douze mois précédents. Les thèses sont acceptées. Les candidats déjà Docteurs en Médecine devront donc avoir passé leur thèse après le 1er février 1953 et les mémoires non inédits devront avoir été publiés depuis le 1er février 1954.

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 1955, les mémoires établis en 5 exemplaires devront parvenir, avant le 1er février 1955, au :

Secrétaire Général de la Société Française d'Ophtalmologie

Docteur Marcel KALT

81, Rue Saint-Lazare — Paris-9e

Les Mémoires ne sont pas rendus

—o—

1949 : Dr René CAZABAN (Montpellier) : « L'Arachnoïdite optique canaliculaire et orbitaire ».

1950 : Dr Pierre DHERMY (Paris) : « Contribution à l'étude pathogénique de la Rétinite diabétique ».

1951 : Dr J. M. C. LEMASSON (Paris) : « Les formes régressives de la Rétinopathie des prématurés ».

1952 : Dr Charles BARUT (Lyon) : « Traitement du décollement de la Rétine par la résection sclérale lamellaire ».

1953 : Dr Jean LAVAT (Paris) : « Toxoplasmoses oculaires ».

1954 : Non attribué.

RHUMATISME

SALICYLOTHÉRAPIE PERCUTANÉE CONFIRMÉE SCIENTIFIQUEMENT

PÉNÉTRATION ULTRA-RAPIDE

●

CONCENTRATION MASSIVE "LOCO-DOLENTI" EN ACIDE SALICYLIQUE NAISSANT

●

SOULAGEMENT IMMÉDIAT

●

DÉCONGESTION PROGRESSIVE



REPRÉSENTANTS AUX COLONIES :

ALGÉRIE : Société PELASMEX, 8, Rue Ampère, ALGER

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

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

A.O.F. : Société Tropicale de Droguerie, 15, Rue de Thann, DAKAR

INDOCHINE : Comptoir Pharmaceutique d'Extrême-Orient, 34, Boulevard Charner, SAIGON

MADAGASCAR : Office Pharmaceutique Malgache, 58 ter, Rue Gustave-Jullien, TANANARIVE

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

2me Prix "Acqui" de Rhumatologie

—o—

Le 19 juin 1954, s'est réuni à Acqui, le Jury International du « 2e Prix Acqui de Rhumatologie » (Concours International pour une œuvre inédite sur les maladies rhumatismales) organisé par le Syndicat d'Initiative de la Ville Thermale d'Acqui, sous le patronage de la Società Italiana di Reumatologia.

Prix : 1.000.000 de lires.

Etaient présents :

Prof. L. ANTOGNETTI, Directeur de la Clinique Médicale de Gênes;

Prof. P. BARCELO', Président de la Ligue Européenne contre le Rhumatisme (Barcelone, Espagne);

Prof. P. BASTAI, Directeur de la Clinique Médicale de Turin;

Prof. L. JUSTIN-BESANÇON, Président de la Ligue Française contre le Rhumatisme (Paris);

Prof. F. QUAGLIA, Syndicat d'Initiative de la Ville Thermale d'Acqui;

Prof. L. VILLA, Président de la Ligue Italienne contre le Rhumatisme, Directeur de la Clinique Médicale de Milan;

Prof. K. L. WALTHARD, Président de la Ligue Suisse de Thérapie Physique et de Rhumatologie (Genève);

Secrétaire : Prof. A. ROBECCHI, Vice-Président de la Ligue Internationale contre le Rhumatisme (Turin).

La Commission, ne pouvant pas juger quelle était l'œuvre la plus méritoire, décida de diviser le 2e Prix Acqui en 2 parties égales. Les deux travaux primés furent :

Prof. DE SEZE (Paris) : « La charnière lombo-sacrée »;

Docteurs DELBARRE et CAYLA (Paris) : « Etude critique des principales épreuves biologiques en Rhumatologie ».

Une mention particulière est décernée à MM. SCAPINARO, RIVANO, SOLARI de la Clinique Médicale de Gênes.

Petites annonces.

Cause décès vends, plein centre, Sous-préfécture Charente-Maritime, belle propriété pierres, en voie d'achèvement, précédemment destinée à médecin spécialiste. S'adresser au Journal.

LIVRES REÇUS

Collection : « Comment traiter ».

« **Comment traiter l'ulcère gastro-duodénal** », par Michel CONTE, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Médecins des Hôpitaux de Paris, 1 volume, 111 pages, Editions Médicales Flammarion. Prix : 550 fr.

*
* *

« Collection médico-chirurgicale », publiée sous la direction de PASTEUR VALLERY-RADOT et Jean HAMBURGER.

*
* *

« **Intoxications et maladies professionnelles** », par Léon DEROBERT, professeur à la Faculté de Médecine de Paris; Un volume relié, 1.556 pages, 76 figures. Prix : 8.800 fr.

Enfin, paraît un traité des intoxications et des maladies professionnelles.

Le temps n'est plus où le médecin praticien peut se désintéresser de ces problèmes cliniques et thérapeutiques. La multiplicité des substances toxiques, mises chaque jour davantage à la portée de toutes les mains, l'extension des mesures de prophylaxie sociale et de réparation des dommages obligent tout médecin à savoir, non seulement dépister le début d'une intoxication, mais encore la traiter et la prévenir. Certes, si c'est là surtout l'activité d'un médecin d'usine, le médecin praticien n'échappe pas à cet impératif moderne.

Clair, didactique et cependant complet, allégé des pesantes notions chimiques, toxicologiques ou techniques qui encombrent les traités spécialisés ou les trop rares chapitres des traités de pathologie générale consacrés aux intoxications, ce traité fournira au médecin les renseignements qu'il recherche : la symptomatologie permettant de faire un diagnostic rapide et la thérapeutique qui bien souvent, pour être efficace, doit être instaurée d'urgence.

*
* *

A L'O.M.S.

« **Zoonoses, Connaissances et techniques nouvelles** », Série de Monographies, N° 19, 294 pages. Prix : Fr. s. 12, Ll, $ 3,00. A également été publié dans les Etudes agricoles de la F.A.O., N° 25. Il existe également une édition anglaise.

Le terme de « zoonoses » désigne les maladies naturellement transmissibles des animaux vertébrés et l'homme et inversement. La lutte contre ces maladies constitue l'une des fonctions les plus impor-

tantes des services vétérinaires d'hygiène publique. En novembre 1952 la FO et l'O.M.S. ont organisé un colloque à Vienne et invité quelque 50 médecins et vétérinaires spécialisés, de 20 pays, à y participer afin d'examiner les problèmes que posent les cinq zoonoses les plus fréquentes en Europe : la tuberculose bovine, la brucellose, la leptospirose, la fièvre Q, et la rage. Les communications présentées à ce colloque et les discussions qui les ont suivies font l'objet d'une monographie, publiée conjointement par les deux institutions organisatrices

La première partie est consacrée à cinq communications sur divers aspects de la tuberculose bovine. Deux articles, l'un signé du Dr K. A. Jinsin (Danemark) et l'autre émanant du Weybridge Veterinary Laboratory (Angleterre), décrivent les techniques de laboratoire applicables à cette maladie. Dans une troisième communication, venant également du Weybridge Veterinary Laboratory, la préparation des tuberculines PPD est examinée. Mr. J. N. Ritchie, du Ministère de l'Agriculture et des Pêcheries de Grande-Bretagne, indique les mesures prises pour lutter contre la tuberculose bovine dans les troupeaux britanniques et le Dr Jinsin en décrit les manifestations chez l'homme et les bestiaux.

Dans la partie relative à la brucellose, le Dr G. E. Renoux, de l'institut Pasteur de Tunis, examine quelques aspects de la brucellose humaine, tandis que le Dr A. W. Stableforth, du Weybridge Veterinary Laboratory, traite de la lutte contre la brucellose animale. Une autre communication émanant de ce même laboratoire contient une description des techniques de diagnostic.

L'épidémiologie des leptospiroses dans les rizières d'Italie fait l'objet d'une communication du Dr B. Babudieri de l'Istituto Superiore di Sanità de Rome. Le Dr J. W. Wolff de l'Institut d'hygiène tropicale et de Pathologie géographique d'Amsterdam présente dans deux articles la méthodologie des recherches sur les leptospiroses.

Dans la partie consacrée à la fièvre Q, le Dr Babudieri expose l'épidémiologie, le diagnostic et la prophylaxie de la maladie, et dans une seconde communication formule des recommandations détaillées sur les techniques de diagnostic en laboratoire. Le Dr M. M.Kaplan, de l'OMS, et Mr. E. C. Hulse, maintenant à Weybridge, décrivent les méthodes utilisées au cours d'une récente enquête sur la fréquence de la fièvre Q dans 28 pays et indiquent les résultats obtenus.

Dans la dernière partie, qui a trait à la rage, le Dr Pierre Lepine de l'Institut Pasteur de Paris, passe en revue les formes que revêt l'infection naturelle et expérimentale chez le chien, signale les types de vaccins antirabiques actuellement utilisés et examine la valeur du traitement par le sérum hyperimmun préparé sur le cheval. Le Dr Kaplan analyse le mécanisme des programmes de lutte antirabique en annexant à son article une intéressante communication du Dr Zeissig du New York State Department of Health, sur la lutte antirabique chez les renards Un

examen des méthodes de diagnostic par le Dr LÉPINE termine cette partie.

Cette monographie fait constamment ressortir l'importance que présente la collaboration entre vétérinaires, médecins et fonctionnaires de la santé publique. Les uns et les autres trouveront dans ce compte-rendu du colloque de nombreux renseignements techniques précieux et des suggestions susceptibles de les aider à résoudre de concert les problèmes qui leur sont communs.

*
* *

« **Abrégé de séméiologie oculaire** », par Ed. BESSIERE, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux. J.-B. BAILLIERE ET FILS Editeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris VIe. 1 volume in-8 (16 x 24) de 346 p. avec 59 figures. Prix : 1.600 fr.

Ce livre essentiellement pratique est d'une utilisation facile, veulent s'initier à la clinique ophtalmologique . A côté des traités et des manuels qui enseignent la pathologie oculaire, il prend la place d'un guide pratique de consultation apportant la possibilité d'établir un diagnostic par une séméiologie simple mais ordonnée. Son plan reflète les étapes successives d'un examen systématique : interrogatoire du malade, examen objectif fonctionnel, synthèse diagnostique; dans l'esprit d'ensemble de l'ouvrage cette dernière partie envisage les syndromes oculaires élémentaires.

Ce livre essentiellement pratique est d'une utilisation facile,, il comporte en effet un index alphabétique détaillé et bénéficie d'une édition très soignée.

*
* *

A L'O.M.S.

« **Psychologie normale et pathologie de l'Africain. Etude ethno-psychiatrique** », par J. C. CAROTHERS, Série de Monographies, N° 17, 200 pages. **Prix** : Fr. fr. 640, Fr. s. 8, 13/6 ou $ 2,00. Il existe également une édition anglaise.

Se fondant sur sa longue expérience de médecin en Afrique et sur une documentation dont la synthèse n'avait jamais été faite auparavant, le Dr J. C. CAROTHERS nous offre une monographie où psychologues et psychiatres trouveront de nombreux et importants sujets de méditation. Cette étude ethno-psychiatrique intitulée **Psychologie normale et pathologie de l'Africain**, a même une portée plus grande que ne le suggère son titre. Il se peut en effet que la psychologie et la psychiatrie de l'Africain soient propres à éclairer celles de la plupart des peuples qui, dans les diverses parties du monde, en sont encore au stade de l'analphabétisme. D'autre part, l'examen de certaines des caractéristiques psychologiques et psychiatriques qui distinguent l'Africain de l'Occidental peut apporter des éléments de réflexion, voire des enseignements précieux, à ceux qui étudient les cultures occidentales.

Cette monographie vise à donner un aperçu de la psychologie de « l'Africain rural pur » et à démêler les facteurs anthropologiques et du milieu qui conditionnent des caractéristiques différentes de celles qu'on observe dans les pays de civilisation occidentale. Tout en reconnaissant que cet « Africain rural pur » est une abstraction tant soit peu hypothétique (puisque peu d'Africains sont en réalité complètement indemnes d'influences étrangères d'une sorte ou d'une autre), l'auteur justifie sa méthode en circonscrivant son sujet et en s'attachant aux similitudes plutôt qu'aux divergences, observées sur les thèmes généraux qui ressortent indépendamment de toutes les différences locales.

La première partie de la monographie décrit l'Africain dans son milieu physique : Qui est-il ? Dans quelles conditions vit-il ? A quelles maladies est-il sujet ? Comment se nourrit-il ? Quels effets sa culture particulière exerce-t-elle sur lui ? L'auteur aborde ensuite la « psychologie de l'Africain ». Après avoir récapitulé les diverses études morphologiques et électrophysiologiques qui ont été faites sur le cerveau de l'Africain, il examine en détail la psychologie « normale » de l'Africain en fonction du milieu. Puis il étudie la déficience et les troubles mentaux observés chez les Africains. Il nous apprend que la fréquence des maladies mentales parmi les Africains ne représente qu'un dixième du chiffre relevé aussi bien chez les Blancs que chez les Noirs vivant dans des régions plus évoluées comme l'Europe occidentale et les Etats-Unis d'Amérique. L'analyse de cette fréquence selon le sexe et l'âge et l'examen des effets qu'exerce la détribalisation sur la santé mentale de l'Africain conduisent l'auteur à des observations parfois inattendues et à des conclusions extrêmement fécondes. Des descriptions de toutes les formes de troubles mentaux constatés chez les Africains renforcent la valeur clinique de cette étude.

A une époque où, dans le cadre de la collaboration internationale, un nombre sans cesse croissant de pays dits « insuffisamment développés » font appel aux connaissances et à l'étude technique des pays occidentaux pour imprimer un changement graduel au mode de vie de leurs populations, les effets qu'un tel changement peut avoir sur la santé mentale des populations intéressées méritent d'être étudiées très sérieusement. C'est pourquoi la monographie du Dr CAROTHERS sera non seulement d'un profit substantiel pour tous les psychologues et tous les psychiatres, mais encore d'une utilité immédiate pour ceux qui s'intéressent aux problèmes mondiaux.

*
* *

« **Comité d'experts de l'assainissement. Troisième rapport** », Série de Rapports techniques, N° 77, 29 pages. Prix : Fr. fr. 80, Fr. s. 1, 1/9 ou $ 0,25. Il existe également une édition anglaise.

Le troisième rapport du Comité d'experts de l'assainissement (OMS) traite surtout des problèmes d'assainissement dans les zones rurales et les

petites agglomérations. Il souligne que l'amélioration de la salubrité va de pair avec le développement économique et social en général et que « ce qu'il faut avant tout, dans les régions peu avancées, c'est un mouvement organisé qui stimule les initiatives ».

Le rapport décrit les conditions actuelles de salubrité dans les pays insuffisamment développés. Dans nombre de ces pays, plus de 80 % de la population vit dans des régions rurales. Parmi les facteurs qui constituent le plus souvent, dans ces régions, des dangers pour la santé. il y a lieu de signaler : la rareté de l'eau et l'utilisation d'eau contaminée; l'absence des moyens satisfaisants d'évacuation ou d'utilisation des excreta, des ordures ménagères et autres détritus, ce qui favorise le pullulement des mouches et l'infestation constante par les rongeurs; la pénurie de logements et, par voie de conséquence, l'entassement; les maladies animales transmissibles à l'homme.

Le rapport met en lumière la relation existant entre santé et salubrité et les avantages économiques qui pourraient découler d'une amélioration de l'assainissement. Il insiste sur l'importance de l'éducation sanitaire, notamment dans les pays insuffisamment développés, où, en dernière analyse, « c'est de la compréhension, de l'attitude et de l'action des populations elles-mêmes que dépendra, dans une large mesure, la réalisation de conditions de salubrité satisfaisantes ».

Le rapport étudie également : l'organisation administrative des programmes d'assainissement rural; les principes de base à observer dans la construction des ouvrages sanitaires et la fabrication du matériel; le personnel nécessaire à l'œuvre d'assainissement et la formation à lui donner; les services de laboratoire qu'exige le développement de la salubrité; et enfin, les recherches à entreprendre sur l'assainissement.



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

Pour tous vos imprimés

CARTES DE VISITE

FAIRE-PART

ENTETES DE LETTRE

NOTES, ETC... ETC...

ADRESSEZ-VOUS A

L'IMPRIMERIE

BASCONE & MUSCAT

41, Avenue de Londres

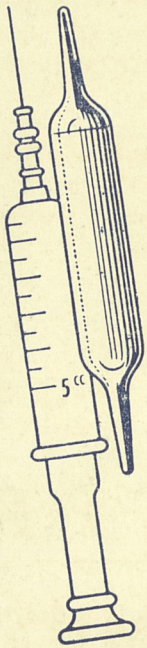
Téléphone : 18.69

TUNIS

Imp. N. BASCONE & S. MUSCAT — 41, Avenue de Londres — TUNIS

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

AZOTÉMIE
SCLÉROSE
OLIGURIES



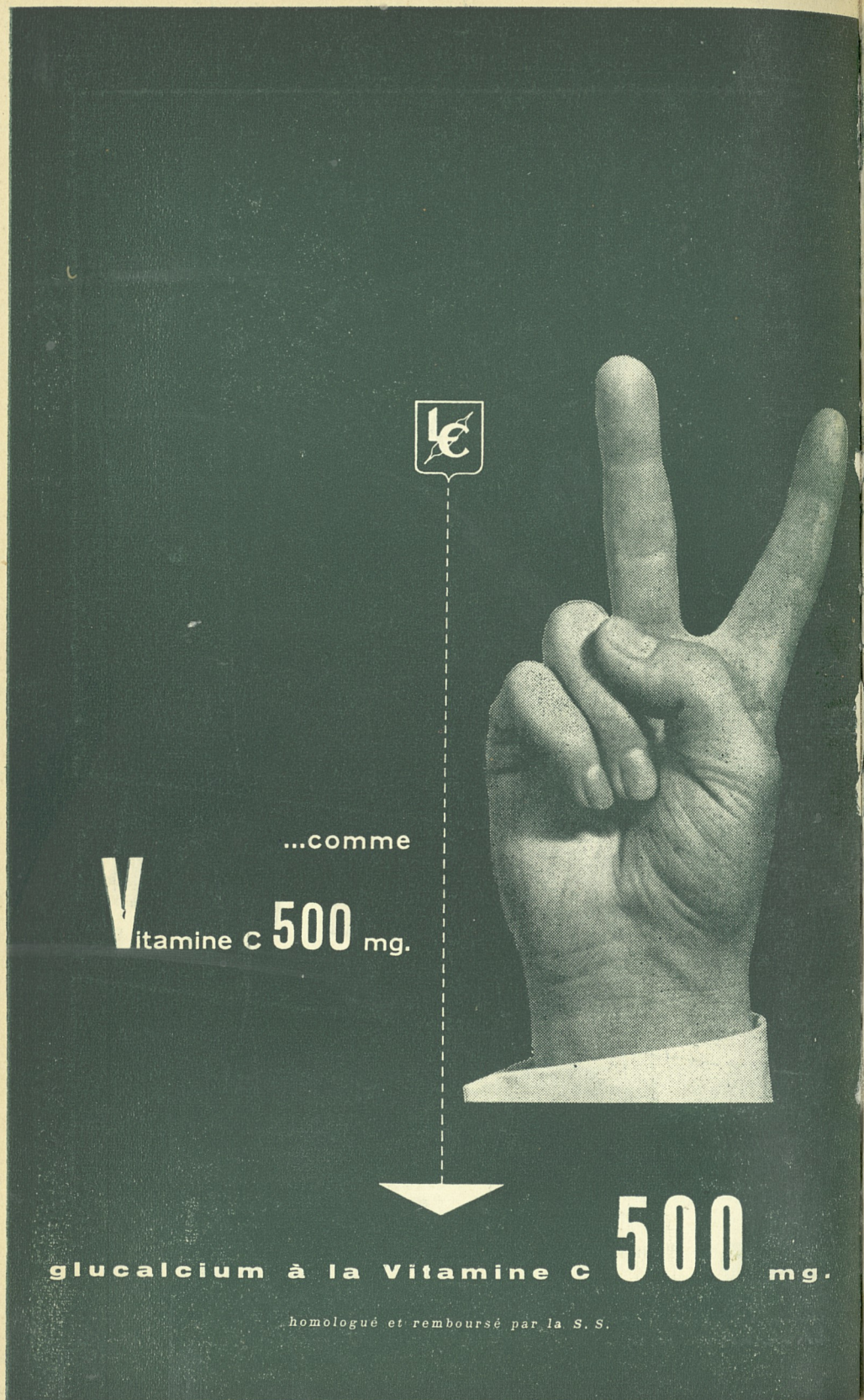
Métabolisme de l'azote du cholestérol et de l'eau

CHOPHYTOL
INJECTABLE

AMPOULES DE 5cc
TOUTES VOIES
DRAGÉES ET GOUTTES
PER OS
SUPPOSITOIRES
SIMPLES et COMPOSÉS

Remboursé par la Sécurité Sociale

LABORATOIRES ROSA - 11, RUE ROGER-BACON - PARIS



TUNISIE — **Ets NOTE**, 61, Avenue Garros — Tél. 97.090 — TUNIS

N° 9 Novembre 1954

LA TUNISIE MEDICALE

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

et

BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI RÉUNIS

Siège Social : 25, Avenue de Paris - TUNIS

LE LABORATOIRE **NATIVELLE** présente

UN SÉDATIF : Nouveau - Efficace - Bien toléré

NATISEDINE

Comprimés à 0,10 g de Phényléthylbarbiturate de Quinidine

BIPHÉDRINE

PÉNICILLINE

HUILEUSE AQUEUSE

EPANAL

COMPRIMÉS

SUPPOSITOIRES 1 · 2 · 3 · 5 · 10

NÉO-CODION

SUPPOSITOIRES

GOUTTES DRAGÉES

GASTRO-SODINE

PLURIBIASE

LABORATOIRES DU DOCTEUR E. BOUCHARA, 47, RUE DE BRETAGNE, PARIS IIIe

XXXXIIe ANNÉE - No 9
Novembre 1954

LA TUNISIE MÉDICALE

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

et

BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI RÉUNIS

Comité de publication

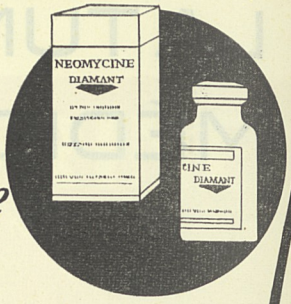
— Le Rédacteur en Chef	Dr M. UZAN	Comité de lecture
— Le Rédacteur en Chef Adjoint	Dr J. CUÉNANT	
— Le Président de la Société des Sciences Médicales	Dr DUPOUX	
— Messieurs les	Dr H. BONAN	
	Dr M. HADJOUDJ	
— Le Secrétaire de la Société des Sciences Médicales	Dr A. SEBAG	
— Le Secrétaire du Conseil de l'Ordre	N.....	
— Le Secrétaire du Syndicat Médical Français et Tunisien	Dr H. COURSIÈRES	
— Le Secrétaire du Syndicat des Médecins Tunisiens	Dr M. AZAÏZ	

Administration : L. LEMOINE, 8, passage du 7 Mai — TUNIS
Téléphone : 72-55

Publicité pour la France : **Stéphane BATARD**
4, Place de l'Hôtel de Ville - Le Raincy (S.-et-O.)
et 8, Rue Montyon - Paris IXe - Téléph. Provence 68.60

Reproduction interdite
Tous droits réservés pour tous pays

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



Fabriqué en France

ANTIBIOTIQUE A USAGE LOCAL
NON SENSIBILISANT, NON IRRITANT

NEOMYCINE
DIAMANT

Actif sur cocci-pyogènes, Pyocyaniques, Bacilles gram-négatifs et Bacilles de Koch.

MODE D'UTILISATION

COMPRESSES IMBIBÉES
Eczéma infecté,
dermatites, brûlures.

INSTILLATIONS LOCALES
Otites,

PRÉSENTATION
Flacon contenant 0,15 g. de Néomycine base à diluer dans 20 cm³ de sérum physiologique.

SOCIÉTÉ DES ANTIBIOTIQUES DE FRANCE
67, Boulevard Haussmann - Paris-8e

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

SOMMAIRE (Ire Partie)

PAGES

Société des Sciences Médicales de Tunisie 977

Valeur de la réaction de Rapp et Richardson pour la prédiction du sexe avant la naissance, par Charles Pérez 979

L'allergie et le laboratoire, par Charles Pérez 983

Evolution technique de la chirurgie d'infection en otologie, par le Dr Tourgis (Sfax) 997

Etude sur la cécité dans le Sud Tunisien, par le Dr Malnou (Tozeur) 1009

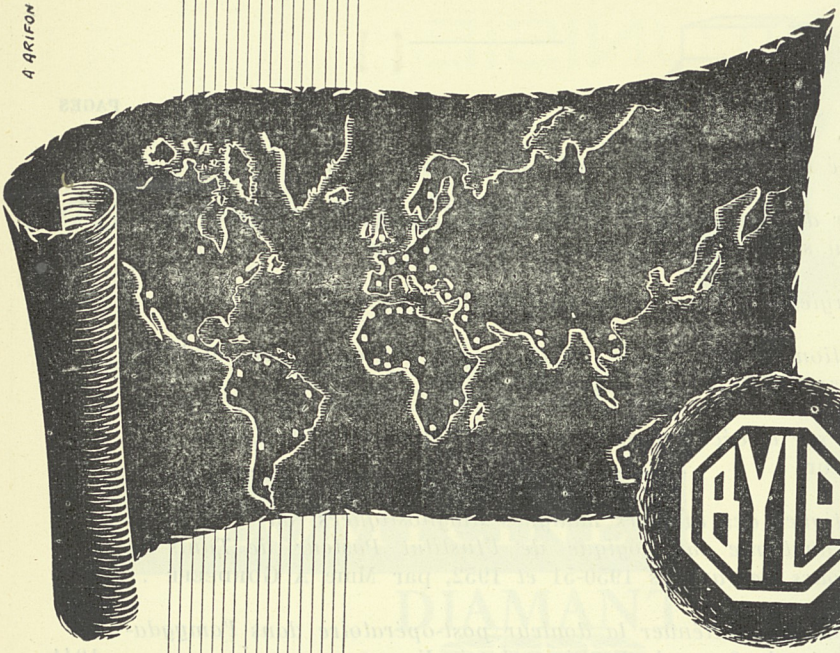
Statistiques des tumeurs malignes diagnostiquées au laboratoire d'anatomie pathologique de l'Institut Pasteur de Tunis au cours des années 1950-51 *et* 1952, par Mme A Gordeeff .. 1031

Pouvons-nous atténuer la douleur post-opératoire dans l'amygdalectomie ? par le Dr Pierre-Louis Klotz 1041



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

A ARIFON



HORMONES

VITAMINES

TONIQUES

ISOTYL

Médication à action antihypophysaire

Capsules glutinisées de 0 gr., 25
boîtes de 30 ou 100 capsules

VITADONE

Vitamines A et D-2 associées
gouttes-ampoules injectables-forte

VITAMINOL

Extraits opothérapiques -
Complexes Vitaminique B
et métallique FeCuMnCo - Tryptophane

flacon de 180 cc. -
boîtes de 12 et 24 ampoules buvables

LABORATOIRES BYLA . 20 RUE DES FOSSÉS-St-JACQUES . PARIS Ve . ODE. 28-30

SOMMAIRE (2me partie)

PAGES

L'internement des pervers-récidivistes. Erreur incontestable, par R. BENON 1047

La règle du minimum, par Félix MASSELOT 1051

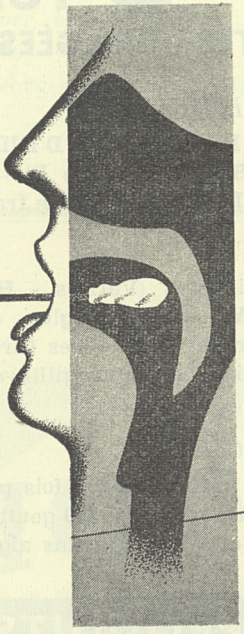
Informations 1056

Syndicat des Laboratoires d'Analyses Médicales de Tunisie 1063

Livres reçus 1065

solutricine bismuthée collutoire

NOUVELLE SYNERGIE ANTIBIOTIQUE DES INFECTIONS ORO-PHARYNGÉES



angines

rhino-pharyngites

gingivites

porteurs de germes

FLACON DE 24 CC.

LABORATOIRE ROGER BELLON - NEUILLY - PARIS

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

Thérapeutique Vaso-constrictive des Troubles circulatoires veineux des deux sexes

FLUXINE "P"

3 Formes

GOUTTES - DRAGÉES - SUPPOSITOIRES

COMPOSITION

INTRAIT DE MARRON D'INDE DAUSSE, TITRÉ EN AESCULOSIDE (Vitamine P) — ALCOOLATURE D'ANÉMONE PULSATILLE (plante fraîche) — NOIX VOMIQUE...

INDICATIONS

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

POSOLOGIE

X Gouttes (ou 1 dragée) 3 fois par jour.
Cas douloureux : 100 à 300 gouttes
1 Suppositoire le soir - Cas aigus : 3 suppos. par 24 h.

PRODUITS BONTHOUX

VILLEFRANCHE-sur-SAONE (Rhône)

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

Société des Sciences Médicales de Tunisie

—o—

VENDREDI 22 OCTOBRE 1954

—o—

COMMUNICATIONS :

Valeur de la réaction de RAPP et RICHARDSON pour la prédiction du sexe avant la naissance,

par M. Charles PÉREZ.

L'Allergie et le Laboratoire,

par M. Charles PÉREZ.

La bronchographie lipiodolée chez l'enfant,

par MM. René BROC et Sauveur HALFON.

Maladie trépanocytaire chez des blancs,

par MM. Henri COHEN et KHALED.

Anémie hémolytique chronique avec hémoglobinurie paroxystique par auto-anticorps froid incomplet,

par MM. Béchir HAMZA, Georges DIACONO et Mme CASTAY.

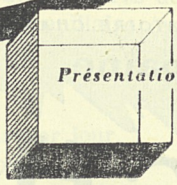
LABORATOIRE CHANTEREAU (INNOTHÉRA)
choline, papaïne
sels biliaires
boldo
EUCHOBYL
3 à 6
comprimés
par jour aux repas
TROUBLES HÉPATO-BILIAIRES
TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS

anti-rhumatismal

cortalgone

l-ascarbo-α-phénylquinoléine-γ carboxylate de strontium.

anti-algique
anti-inflammatoire
antipyrétique
atoxique



Présentation : Boite de 40 et 100 dragées (remboursées par la S. S.)

Posologie : 6 à 12 dragées par jour à intervalles réguliers entre les repas

F. JOSEPH

laboratoires Biosedra

28, Rue Fortuny — Paris 17e
Tél. : Carnot 20.22 et 23

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

ACTUALITÉ BIOLOGIQUE

Valeur de la réaction de Rapp et Richardson pour la prédiction du sexe avant la naissance

par Charles PÉREZ

—o—

AVANT-PROPOS

Bien avant l'ère chrétienne, la question du diagnostic prénatal du sexe a intéressé les futurs parents et bien des méthodes ont été proposées pour la résoudre.

La plus ancienne, celle notée en 1350 avant l'ère chrétienne consistait à faire uriner la femme enceinte sur 2 sacs contenant respectivement des grains de blé et des grains d'orge. La germination des grains de blé augurait la naissance d'une fille, celle des grains d'orge d'un garçon.

Moins empreinte d'empirisme, fut la méthode proposée par DORN et SUGARMAN. Les auteurs injectaient de l'urine de femme enceinte à un jeune lapin mâle dont on prélevait, 2 jours plus tard les testicules pour un examen macro et microscopique. Un fœtus femelle entrainerait une congestion, une poussée maturative des cellules germinatives. Un fœtus mâle n'accuserait aucune perturbation.

BIGEY dans une thèse soutenue à Paris en 1932 étudiant cette réaction dans une cinquantaine de cas, l'a trouvée exacte dans 80 % des cas mais à cause de son maniement trop délicat, ou de son manque de fidélité, signalé par la suite par d'autres expérimentateurs, cette réaction fut abandonnée et ne rentrera jamais dans la pratique courante.

Le procédé de BOUVIÈRE, consistant à injecter de l'urine de femme enceinte chez certains poissons, a aussi eu le même insuccès.

LA REACTION PROPREMENT DITE

Par contre depuis deux ans, RAPP et RICHARDSON ont mis au point une méthode qui d'emblée eut un large crédit et fut sans trop de contrôles médicaux et biologiques utilisée dans de nombreux laboratoires commerciaux.

Réactifs et appareillages furent même standardisés et commercialisés par certaines firmes américaines.

Nous devons à l'obligeance du Docteur LOEWY de posséder la technique originale depuis bientôt deux ans.

BIPENICILLINE Sarbach

SUSPENSION INSTANTANÉE STABLE
AUCUNE ADHÉRENCE AU VERRE
AUCUNE PERTE A L'EMPLOI
AUCUN RISQUE D'OBSTRUCTION DES AIGUILLES

3 DOSAGES

ASSURANT L'IMPRÉGNATION
ANTIBIOTIQUE RETARD MAXIMUM

SUIVANT POIDS DU MALADE	UNE INJECTION PAR 24 H.
Jusqu'à 50 Kgs	BIPENICILLINE SARBACH 400.000
	BIPENICILLINE SARBACH 500.000 SI UN CLOCHER PÉNICILLINIQUE IMMÉDIAT PLUS ÉLEVÉ EST NÉCESSAIRE
au dessus de 50 Kgs	BIPENICILLINE SARBACH 800.000

Sarbach

CHATILLON SUR CHALARONNE
AIN TÉL. 24

R.A.Y.-BAC

Pub. S. B

Coopérative Pharmaceutique Martiniquaise : Boîte postale N° 362 — Fort de France (Martinique).
PHARMOFFICE : 1, Boulevard Bugeaud — Alger.
Diffusion Pharmaceutique Marocaine : 62, Rue St-Saëns — Casablanca.
SARRABIA : 35, Boulevard Vauban — Montfleury - Tunis (Tunisie).
BONNIOT : 37, Rue Miche — Saigon (Indochine).
GUIGON : Boîte Postale 513 — Dakar (Sénégal).
SO.A.C.I.A : Boîte Postale 815 — Abidjean (Côte d'Ivoire).
LABOREX : Boîte Postale 872 — Dakar (Sénégal).

Méthode. — 2cc d'urine ou de salive dans un tube à essai, ajouter deux gouttes de soude N/10, mélanger, ajouter 3 cc de chloroforme, agiter vigoureusement 30 secondes, laisser reposer une minute. Soutirer la partie aqueuse et **l'additionner de** 4 gouttes d'acide sulfurique N/2. Mélanger puis ajouter 5 gouttes d'une solution extemporanée de 2,4 dinitrophénylydrazine à saturation dans l'alcool. Ajouter enfin 2 cc. de soude N/2; mélanger.

Résultats. — L'apparition d'une couleur brune persistant, plus de 2 minutes, indique un enfant mâle; l'absence de coloration ou une présence fugace de celle-ci, indique une fille ou une absence de grossesse.

Selon RAPP et RICHARDSON, leur réaction serait exacte dans 85 à 90 % des cas étudiés, si on s'entoure de certaines précautions : pratique de la réaction du 6e au 8e mois de la grossesse, pas d'absorption de médicaments hormonaux, ni d'aspirine, ni phénacétine avant la récolte des urines ou de la salive.

VALEUR DE LA REACTION

« Notre expérience personnelle de cette réaction, bien que limitée, n'en est pas moins significative sur une **trentaine de cas** étudiés, nous trouvons un taux d'erreurs voisin de **40 pour 100** ».

Nos résultats se rapprochent de ceux de RIEGER qui a trouvé une prédiction correcte proche de 50 %.

Il est certainement possible d'accroître le degré d'exactitude en pratiquant une lecture photométrique aux lieu et place de la lecture ordinaire préconisée par les auteurs, de l'intensité de la coloration finale. **Mais nous pensons que malgré ces perfectionnements, le test salivaire ou urinaire de RAPP et RICHARDSON ne soit en mesure de donner entière satisfaction** et que l'emprise commerciale eut grand tort de s'en emparer trop à la légère sans laisser le temps aux chercheurs de la contrôler sur une vaste échelle.

BIBLIOGRAPHIE

RAPP (G. W.) et RICHARDSON (G. G.) : Science 1952, 315, 265.

RICHARDSON (G. G.) : Am. J. Obs. Gynes. 1951, 61, 1317.

BIGEY : Thèse, Paris, 1935.

J. BIEGER : Journal of Am. Acad. of Obst. and Gynecol., août 1953.

CORTISONE ROUSSEL

Acétate de 11-déhydro-17-hydroxycorticostérone

ROUSSEL

ANTI-INFLAMMATOIRE

ANTI-ALLERGIQUE

ANTI-ALGIQUE

COMPRIMÉS à 25 mg. et à 5 mg. - Flacon de 20

SUSPENSION INJECTABLE (Flacon multidose de 10 cm³)
(1 cm³ contient 25 mg.)

COLLYRE ET POMMADE OPHTALMIQUE à 1 p. 100

LES LABORATOIRES ROUSSEL
140bis, Rue de Rennes - 89 Rue Cherche-Midi, **PARIS** (VIe)

ALGER : Laboratoires ROUSSEL, 28, rue Clauzel
TUNIS : O.S.P., 10, rue Amilcar
CASABLANCA : Sté Maroc des Lab ROUSSEL, 48, rue Nationale
SAIGON : Laboratoires ROUSSEL 26, rue Lagrandière.
AUTRES PAYS DE L'UNION FRANÇAISE : Adresser les demandes aux Laboratoires ROUSSEL, 89, rue du Cherche-Midi, PARIS (VIe)

L'ALLERGIE ET LE LABORATOIRE

par Charles PÉREZ

—o—

Depuis la découverte en 1901 par Charles RICHET et Paul POITIER de l'Anaphylaxie et les travaux d'ARTHUS et de NICOLLE sur l'anaphylaxie locale et sur l'anaphylaxie passive, *l'allergie prise dans le sens d'augmentation de la sensibilité* n'a pas cessé d'intéresser l'expérimentateur et le thérapeute.

De nombreux troubles respiratoires, digestifs, dermiques ont sûrement une origine allergique comme l'ont démontré LESNE RICHET Fils, BINET, DUVAL et PASTEUR-VALÉRY-RADOT et ses élèves.

Rôles du laboratoire : Si le laboratoire de recherche a permis d'expliquer bien des états allergiques par la constatation d'une libération massive d'histamine ou par la libération d'héparine ou d'adénosine ou même d'une Slow réaction substance agissant sur les fibres lisses, le laboratoire de clinique peut être aujourd'hui d'un grand secours dans la connaissance de l'allergie, la recherche des allergènes et dans la conduite à tenir durant le traitement anti-allergique.

SIGNES BIOLOGIQUES DE L'ALLERGIE

I. ETUDE DES STIGMATES SANGUINS.

a) *Dans le Choc Anaphylactique* on devra rechercher la présence constante de *Leucopénie, Neutropénie, Trhombopénie* et de l'hypercoagulabilité;

b) *Dans la maladie du sérum* on s'assurera de la présence d'une lymphocytose relative accompagnée d'une monocytose, très fréquemment une plasmocytose est rencontrée;

c) *Mal Asthmatique :* L'hémogramme permet la connaissance de la classique *éosinophilie* sanguine périphérique (75 % des cas d'asthmes), mais la recherche des taux des cellules éosinophiles dans le sang circulant veineux chez le malade à jeun est très intéressante et permet d'établir un diagnostic précis du mal asthmatique.

Cette numération est surtout très utile avant tout traitement à l'A.C.T.H.

Le taux des cellules éosinophiles dans le sang varie de 400 à 1000 par mm3 et s'accroît sensiblement chez les allergiques.

Pendant le traitement du mal asthmatique par la Cortisone ou A.C.T.H., la numération des cellules éosinophiles permet de suivre l'évolution de la maladie.

Il est en outre recommandé de faire pratiquer les analyses nécessaires, afin de se prémunir contre les redoutables accidents de rétention hydro chlorurée sodique et de vérifier si n'apparaissent pas une *glycosurie* ou une *hypopotassémie* trop dangereuse.

Pasteur-Valéry-Radot demande systématiquement la mesure de la *vitesse de sédimentation* pour connaître le degré du mal asthmatique et de suivre les effets du traitement par la suite.

Lorsque le malade est en état de décompensation, il est nécessaire de connaître son équilibre acido basique et la mesure de la Réserve Alcaline est d'un grand secours.

L'Indice Leucopénique : peut être très utile, il consiste à mesurer la *Leucopénie* qui suit chez un sujet sensibilisé à un aliment, l'ingestion de cet aliment.

Cette leucopénie contraste avec la leucocytose apparaissant chez le sujet normal après ingestion d'aliments.

II. Etude de l'hypersensibilité due aux allergènes alimentaires et respiratoires.

Les Cuti-Tests

Techniques

Observations personnelles

Les Cuti-Tests : La constatation d'une cuti-réaction positive permet de confirmer un allergène incriminé par l'interrogatoire (profession obligeant à travailler dans certaines poussières ou à manipuler certaines substances, telle que celle de boulanger, fermier en contact avec le bétail, coiffeur, fourreur, pharmacien).

— Sensibilisation aux objets de literie (plumes, laine, crin) parce que l'allergie est localisée ou parce que l'asthme ne survient que la nuit.

— Sensibilisation après les repas (un aliment pouvant être à l'origine).

— Sensibilisation certains jours de la semaine (ce jour-là alimentation particulière ou déplacement dans telle localité où peuvent se trouver certains arbres, certaines moisissures de maison causes allergisantes.

— Sensibilisation apparaissant à l'intérieur des appartements (poussières des maisons, champignons des murs, animaux domestiques).

— Sensibilisation au printemps ou en été, il faut suspecter les graminés, les fleurs, les arbres.

La pratique des cuti-tests permet surtout de rechercher une sensibilisation existante que l'interrogatoire n'aura pas pu suspecter.

Aussi est-il recommandé de les faire systématiquement.

ARTÉRITES
ATHÉROSCLÉROSE
DÉCHOLESTÉRINISATION
HYPERTENSION

THIAMALGYL CHOLINE *Vitaminé C*

Iodhydrate d'iodothiamine
Chlorhydrate de choline
Acide *l*. Ascorbique

INJECTABLE *5 cc. indolore*
INTRAMUSCULAIRE

COMPRIMÉS *5 comprimés = 1 ampoule*

LOGEAIS

PAS D'APPORT DE SODIUM (RÉGIMES RESTRICTIFS)

REMBOURSABLE AUX A.S.

Mode opératoire :

Nous pratiquons les cuti-réactions plutôt que les intra-dermo réactions, car celles-ci peuvent dans des cas exceptionnels provoquer des accidents. Les cuti sont exemptes de danger.

Préparation des poudres d'allergènes :

L'antigène en nature comme les substances chimiques pures telles paraphénylènediamine, cristaux de ménage.... peuvent être utilisés directement, mais on préfère préparer des extraits plus actifs.

Préparation de protéines polliniques :

1) séchage des fleurs;
2) macération dans le tétrachlorure de carbone;
3) pressage sur gaz;
4) filtration et récolte du pollen sur le filtre.

Préparation de protéines alimentaires :

1) broyage et macération de quelques heures dans l'eau thymolée;
2) filtration puis évaporation du filtrat. Reprise par l'eau et précipitation par l'alcool à 95°.

Déshydratation par l'éther puis séchage sous vide sulfurique.

Préparation de Protéines de poils :

1) dissolution de poils dans la soude. Précipitation par neutralisation puis lavage et redissolution du précipité et dessication sous vide.

En Amérique ou dans certains pays étrangers où la méthode des cuti-tests est très répandue, la préparation des allergènes est faite sous forme industrielle.

Préparation de la protéase d'Oriel à partir des urines : L'extraction est parfois demandée à titre de thérapeutique désensibilisante, mais ne doit être pratiquée qu'en période de crise aiguë, de migraine ou de rhume des foins.

Une longue extraction chimique permet de l'obtenir. La substance d'Oriel, qui injectée dans le derme du sujet ayant fourni les urines donne une réaction cutanée in vitro.

Technique des cuti-réactions proprement dites : Un parfait nettoyage à l'éther de la peau du dos ou du bras est pratiqué. A l'aide d'un vaccino-style on fait des scarifications superficielles non saignantes d'une longueur de 1/2 cm. séparées les unes des autres de 4 cm. On dépose une goutte de soude N/20 sur chacune d'elle à l'aide de bâtonnets. La première scarification servant de témoin, c'est-à-dire ne recevant que de la soude et pas de poudre d'allergène. On dépose les allergènes à étudier sur les autres gouttes et on fait pénétrer par frottement. On aura soin naturellement de se servir d'un bâtonnet nouveau pour chaque poudre. La réaction est positive si en 10 à 20 minutes une élevure d'urticaire entourée d'un cercle rouge apparaît.

La réaction est négative lorsque la scarification ayant reçu la poudre est identique à celle du témoin.

Par suite du grand nombre d'allergènes existants, l'étude des poudres est faite par groupes dont voici les principaux :

Pollen de graminée (dactyle, fleurs des près...);
Plumes mélangées (poule, oie, canard...);
Contenus des matelas (laine, crin, kapok...);
Poissons (harengs, crevettes, soles, moules, sardines....);
Bactéries (staphylocoques, streptocoques, B. coli...);
Laitages, œufs, fromages;
Viandes (mouton, bœuf, porc, poulet.....);
Légumes (pomme de terre, oignon, haricots verts, fèves....);
Fruits (fraise, pomme, banane, orange, noix...);

Observations personnelles : Nous avons groupé un certain nombre d'observations personnelles montrant l'utilité de la méthode de recherche des allergènes.

Obs. 1 — M. Chem. (Dr Calo) fripier, a montré une réaction très positive au groupe de mites et des poudres insecticides, accompagnée d'une sensibilité moyenne pour beaucoup d'autres allergènes. La polysensibilité de ce malade rend son traitement difficile malgré une désensibilisation à partir de vaccins.

Obs. 2 — Mlle Gand. (Dr René Dana) atteinte d'une bronchite asthmatique a montré une sensibilité particulière au groupe des (laitages, œufs) accompagnée d'autres sensibilisations telles que les pollens des graminées (céréales) et aux poussières de maisons habitées par des asthmatiques hypersensibles. La malade a signalé une grande amélioration après arrêt d'ingestion de lait.

Fait intéressant, la malade habite dans un appartement occupé par un vieux parent asthmatique et situé au-dessus d'une minoterie de céréales.

Obs. 3 — Mme Hag. (Dr Calo) a présenté une forte réaction positive aux cristaux de soude, cette épreuve avait été pratiquée parce que la malade présentait des crises asthmatiques après les travaux de ménage aux cristaux du commerce. Les crises ont diminuées par suite de la suppression.

Obs. 4 — M. Nat. (Dr Nahum) Le malade a montré une très forte réaction au groupe de la laine. A la suite de cette constatation, l'enquête nous apprit que ces crises apparaissaient l'automne et la nuit lorsque le malade était au contact de couvertures en laine. L'élimination de la laine dans ses couvertures, matelas et linge de corps a permis d'améliorer très rapidement le malade. Guérison confirmée plus d'un an après.

NOUVEAU

CHOLÉRÉTIQUE • LIPOTROPE

CHOLESTÉROLYTIQUE • AZOTURIQUE

SULFARLEM-CHOLINE

MÉDICATION TOTALE DE LA CELLULE HÉPATIQUE

HÉPATITES, CIRRHOSES, STÉATOSES
INSUFFISANCES HÉPATIQUES
CHOLÉCYSTITES, LITHIASES
HYPERCHOLESTÉROLÉMIE
ARTÉRIOSCLÉROSE

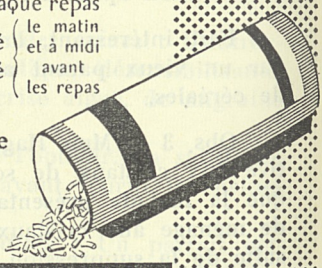
Goût et odeur agréables

GRANULÉ SUCRÉ

ADULTES : 1 à 2 cuillerées à café avant chaque repas

ENFANTS : 3 à 10 ans : 1/2 cuillerée à café
10 à 15 ans : 1 cuillerée à café
} le matin et à midi avant les repas

Dissoudre la dose dans un demi-verre d'eau, en agitant.



LATÉMA

LABORATOIRES DE THÉRAPEUTIQUE MODERNE

31, RUE DE LISBONNE - PARIS (8e)

REPRÉSENTANTS AUX COLONIES :

ALGÉRIE : Société PELASMEX, 8, Rue Ampère, ALGER

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

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

Obs. 5 — M. Pic. (Dr Sacuto) La malade présentait un eczéma suintant de toute la face et une sensibilisation aux groupes des poils et plumes d'animaux et des fourrures. En moins de 48 heures, le malade était devenu absolument normal ayant supprimé tout contact avec la fourrure de sa femme et arrêté sa manie de frotter son visage avec les plumes des bêtes de son poulailler.

Obs. 6 — Mlle Scem. (Dr Paviot) Malade ayant un passé pulmonaire et atteinte d'asthme bronchitique. Une sensibilisation particulière a été trouvée pour les pois verts. Or, la malade reconnaissait que ses crises apparaissaient après l'ingestion de pois verts pour lesquels elle avait un penchant exagéré. Une amélioration spectaculaire suivit la suppression de cet aliment et a entraîné la malade à m'annoncer spécialement sa guérison. Malheureusement cette amélioration spectaculaire ne dura pas plus de 2 mois. Deux ans auparavant, la chloromycétine révélée par un antibiogramme pratiqué sur ses expectorations avait aussi grandement amélioré la malade.

Obs. 7 — Enfant Bel. (Dr Y. Slama) s'est montré uniquement positif au groupe des viandes de bœuf. Le malade mangeait trop de viande matin et soir, pour améliorer l'état de faiblesse qu'il présentait. Les crises d'asthme cessèrent dès l'arrêt de l'ingestion de viande et cette amélioration dure depuis plus d'un an.

Obs. 8 — Enfant Mod. (Dr Calo) Malade asthmatique présentait une sensibilisation pour le groupe du tabac. L'enquête révéla que l'enfant était sensibilisé à la fumée de la pipe de son père; la suppression de celle-ci entraîna un arrêt des crises.

Obs. 9 — Enfant Lar. (Dr Benmussa) asthmatique — s'est révélé dépourvu de toutes sensibilités aux allergènes utilisés. Peut-être une intra dermo réaction aux poussières se serait-elle révélée intéressante, avait suggéré le Professeur Vallery-Radot.

Obs. 10 — M. Ca. (Dr Calo) Rhume des foins a montré une sensibilisation exagérée aux pollens (papule urticairienne de 12 cm. sur 7 cm). Le malade habitait la campagne au contact des graminées.

Obs. 11 — Mme Ben. (Dr Calo) asthmatique s'est montrée sensible à un trop grand nombre de produits et en particulier au groupe des contenus des matelas. (Voir publication Dr Calo).

Obs. 12 — Mme Kip (Dr Boulakia) atteinte d'asthme bronchitique à montré une réaction très positive pour le café qu'elle prenait dit-elle par la suite, en quantité exagérée. Un arrêt des crises, immédiat et de longue durée (plus d'un an) suivit la suppression de ce breuvage.

Obs. 13 — Mme Bel. (Dr Slama) atteinte d'asthme bronchitique s'est révélée insensible à tous les allergènes mis en œuvre.

Obs. 14 — Mme Arb. (Dr Calo) asthmatique a montré une sensibilité étendue à de trop nombreuses poudres

Obs. 15 — Mme Av. (Dr Calo) asthmatique a montré une polysensibilité de degré uniforme.

Obs. 16 — Mlle Lun. (Dr Calo) asthmatique a montré une sensibilisation particulière pour les fruits de groupe des fraises, mais pas à la charcuterie comme le laissaient attendre les résultats de l'enquête alimentaire sur cette personne.

Obs. 17 — Mme Geg., asthmatique a montré une sensibilisation particulière aux salades et aux œufs et lait suivie d'une amélioration immédiate par suppression de ces substances. Une ingestion excessive de salades entraîna une récidive de courte durée.

Obs. — M. Al., asthmatique a montré une hypersensibilité aux poils de chiens et chats ainsi qu'à un certain nombre d'autres poudres. La malade reconnaissait que ces crises pouvaient bien être dues aux chiens et chats qui dormaient à côté d'elle.

Obs. 19 — Mlle Col. (Dr René Dana) asthmatique a montré une forte réaction positive aux groupes des laitages : œufs et fromage. Cette personne allait très souvent dans le magasin de son père, marchand de fromage. N'a plus eu de crises en supprimant tout contact avec les laitages.

Obs. 20 Mlle Gab. (Dr Calo) a montré une sensibilité particulière aux pollens de graminées, aux fruits ainsi qu'au groupe des fourrures, or, la malade travaille dans une biscuiterie où on utilise des confitures de fruits et se rappelle avoir eu une crise violente après avoir époussété sa fourrure.

Obs. 21 — Mme Lob. (Dr Sacuto) asthmatique s'est révélée positive à un trop grand nombre de poudre.

Obs. 22 — Mme Mor. (Dr Paviot) s'est révélée positive à un assez grand nombre d'allergènes et en particulier au groupe des poils de bêtes et du tabac. La malade reconnaissait qu'elle avait un chien dans son appartement qui se tenait constamment auprès d'elle et qu'elle fumait trop.

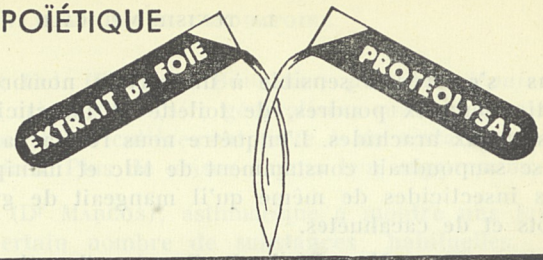
Obs. 23 — Enfant Par. (Dr René Dana) asthmatique s'est révélé fortement sensible aux fruits et aux poils d'animaux. Le malade signala par la suite qu'il mangeait trop de fruits et qu'il se savait déjà allergique aux fraises et pommes et que d'autre part, il avait l'habitude de jouer avec le chien d'une voisine.

Obs. 24 — Enfant Bis. (Dr Benmussa) asthmatique a montré une très forte réaction aux groupes des laitages et celui des noix. L'enquête confirma cette sensibilisation, car l'enfant se nourrissait presque exclusivement de fromage et de noisettes.

Obs. 25 Mlle R., asthmatique s'est révélée sensible à un assez grand nombre de substances et en particulier aux fraises et aux macaronis qu'elle avait l'habitude de manger en grande quantité.

Obs. 26 — Mr Ritz (Dr Marcos) atteint d'un eczéma des cuisses et des mollets, rebelle depuis plusieurs années à toutes médicamenta-

SYNERGIE HÉMATOPOÏÉTIQUE



PROTIGÉNYL

MÉDICATION STIMULANTE ÉNERGIQUE

Toutes les indications des extraits de foie et des protéolysats

en Médecine :

ANÉMIE de BIERMER
PROTIGÉNYL FORT, 1 à 3 amp. par jour

ANÉMIES MOYENNES et LÉGÈRES
ASTHÉNIES, CONVALESCENCES
PROTIGÉNYL FORT, puis NORMAL et GRANULÉ

PRÉTUBERCULOSE, RACHITISME
SUPPOSITOIRES et GRANULÉ

en Pédiatrie :

GASTRO-ENTÉRITE du NOURRISSON
SOLUTION INGÉRABLE STÉRILE spécialement dosée

en Chirurgie :

PRÉPARATION PRÉ-OPÉRATOIRE
PROTIGÉNYL FORT et GRANULÉ à haute dose (100 à 300 g par jour)

5 formules

INJECTABLE FORT
Extrait purifié de **200** g de foie frais et 0,25 g de protéolysat par amp. de 5 cm 3

INJECTABLE NORMAL
Extrait purifié de 30 g de foie frais et 0,25 g de protéolysat par amp. de 5 cm 3

GRANULÉ
Extrait purifié de 36 g de foie frais et 2,70 g de protéolysat par cuillerée à soupe

SUPPOSITOIRES
Extrait purifié de 30 g de foie frais, 0,25 g de protéolysat, gluconate de calcium, et Vitamine D_2

SOLUTION POUR NOURRISSONS
Extrait purifié de 20 g de foie frais et 0,40 g de protéolysat par amp. à ingérer

LABORATOIRES RONCHÈSE - NICE

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

tions s'est révélé sensible à un certain nombre de substances et en particulier aux poudres, de toilette et insecticide ainsi qu'aux haricots et aux arachides. L'enquêtre nous révéla par la suite que le malade se saupoudrait constamment de talc et manipulait souvent les poudres insecticides de même qu'il mangeait de grandes quantités d'haricots et de cacahuètes.

Obs. 27 — Mme Phal. (Dr Broc) asthmatique, s'est montrée positive à un trop grand nombre de poudres.

Obs. 28 — Enfant Cra. (Dr René Dana) asthmatique, avait des crises quotidiennes a présenté une sensibilité particulière aux poussières de maisons habitées par des asthmatiques, aux poils de bêtes et aux boissons (café). L'enquête a révélé qu'il allait très souvent chez une parente asthmatique, qu'il côtoyait un chien, et qu'il prenait de grandes doses de café. La suppression de ces allergènes a immédiatement arrêté les crises.

Obs. 29 — Enfant Pri. (Dr B.) a montré une certaine sensibilité pour les poils d'animaux. L'enquête a montré par la suite que l'enfant jouait souvent avec le chien d'une voisine.

Obs. 30 — Enfant Sol. (Dr Younes) a montré une polysensibilité qui n'a pu l'améliorer rapidement.

Obs. 31 — Mme Mar. (Dr Sacuto) malade présentant un eczéma des mains et des aisselles rebelles a présenté une sensibilisation assez marquée par les légumes et le groupe des œufs et laitages. En cours.

Obs. 32 — Révérend Bl. (Dr Calo) a présenté une sensibilité particulière aux pâtes alimentaires et au tabac. Le malade reconnaît que son alimentation de base était des pâtes et qu'il fumait intensément.

Obs. 33 — Mlle Ka. jeune asthmatique a présenté une réaction positive à un trop grand nombre de poudres pour permettre une amélioration.

Obs. 34 — Monsieur le Dr X asthmatique a montré une polysensibilité assez marquée avec en particulier une forte réaction positive aux groupes de moisissures. Le malade habite à la Goulette dans une villa humide où l'atmosphère n'est certainement pas exempte de moisissures.

Obs. 35 — Lieutenant le F. a présenté une sensibilisation étendue sur un certain nombre d'allergènes. En cours d'observation.

Obs. 36 — Mr Tij. Diabétique et présentant un eczéma sur tout le corps a montré une certaine sensibilisation aux graminées, à la farine ainsi qu'aux épices. Le malade nous a dit qu'il faisait confectionner du pain complet et qu'il abusait d'épices. En cours d'observation.

Obs. 37 — Enfant Ass. (Dr René Dana) envoyé comme malade atteint d'eczéma géant rebelle à toutes les médicamentations depuis plus d'un an. La recherche des allergènes s'est avérée positive à tous les groupes des légumes et des poissons. La malade guérit à la suite de la suppression de ces substances.

Obs. 38 — Enfant Col. (Dr Yvan Boulakia) *présente depuis de* nombreuses années des crises d'urticaire généralisées sur tout le corps. Il a montré une sensibilité pariculièrement forte à un certain nombre de substances alimentaires. Plus de crises depuis leur suppression.

Obs. 39 — Mr M. (Dr Marcos); asthmatique a montré une faible sensibilisation à un certain nombre de substances habituelles. En cours d'observation.

Obs. 40 — Mr Ma. asthmatique a montré une sensibilité importante pour le groupe des viandes et des épices. L'enquête a montré que le malade était un grand mangeur de viandes et d'épices.

Obs. 41 — Mme Lec. (Dr Calo) atteinte d'eczéma des mains a montré une trop forte polysensibilité trop étendue qui a empêché sa guérison

Obs. 42 — Enfant Cal. (Dr Henri Cohen) présentant un urticaire rebelle aux jambes s'est révélé particulièrement positif aux laitages et œufs ainsi qu'aux cristaux, s'est amélioré par leur suppression..

CONCLUSIONS PRATIQUES

Ces observations nous amènent à penser que si les asthmatiques d'avant qui ignoraient tout de l'allergie, s'amélioraient par le changement de résidence, c'est parce que, sans le savoir et d'une manière empirique, ils supprimaient tout contact avec l'allergène, cause de leur mal : objets de literie, moisissures de l'air, mites, poussières d'appartements, etc..

Un autre fait mérite d'être retenu. C'est celui portant sur la polysensibilisation de l'âge. Elle semble en rapport direct avec la date de l'établissement de l'allergie.

Les observations rapportées ne nous permettent pas d'établir une statistique mais il ressort nettement de leur lecture qu'un allergique a d'autant plus de chances de s'améliorer rapidement qu'il a montré une sensibilisation pour une ou un faible nombre de substances. Tels sont les cas des observations : 2, 3, 4, 5, 7, 8, 12, 17, 19, 28, 37, 38.

Aussi est-il recommandé de faire appel aux cuti-tests le plus précocément possible.

Un résultat décelant une polysensibilisation équivaut presque du point de vue du résultat thérapeutique à un résultat d'absence de sensibilisation; telles sont les observations : 1, 6, 9, 11, 13, 14, 15, 21, 25, 27, 30, 39, 41.

Dans ces derniers cas, une patiente enquête, un régime de longue durée où les allergènes incriminées seront à tour de rôle supprimées permettent seuls d'aboutir à l'amélioration du malade.

POINT DE VUE TOXICOLOGIQUE

Il est possible de déceler et doser les traces de phénergan ou des autres dérivés anti-allergiques dérivés de la thiodiphénylamine dans les urines ou le sang par la coloration rouge carmin obtenue en présence d'acide sulfurique.

III. — *ETUDES DES EXPECTORATIONS :*

a) *Asthmes en fin de crise* : la présence de petits crachats translucides « perlés » doit entraîner leur étude cytologique qui montrera une quantité notable de cellules éosinophiles après coloration au May Grunwald Giemsa, dues à l'infiltration de la muqueuse bronchitique, ainsi que des cristaux caractéristiques de Charcot Leyden.

b) *Asthmes bronchitiques* : Antibiogramme. La sensibilisation par les bactéries, difficile à démontrer par les cuti-tests est néanmoins vraissemblable puisque par les intra dermo réactions avec des protéines microbiennes on est en mesure de trouver une sensibilisation et qu'il semble par ailleurs que les infections bronchitiques réveillent les crises. Là aussi, le laboratoire joue un rôle intéressant par la recherche dans les expectorations micropurulentes des germes qui y sont contenus et l'étude de leur sensibilité aux divers antibiotiques (Antibiogramme).

Certains préfèrent le traitement par les auto vaccins. Pour cela il faudra y recueillir la flore microbienne en pleine poussée bronchitique et l'ensemencement des crachats sera fait après plusieurs lavages dans des tubes remplis d'eau physiologique stérile. Ces germes en suspension seront tués par le chauffage et le vaccin obtenu réparti en ampoules.

Le vaccin utilisé aussi peut être un stock vaccin car les flores des expectorations des asthmatiques bronchitiques sont presque très semblables les un des autres : streptocoques hémolytiques et Cocci gram négatif (catarhalis, flavus, crassus et même pneumocoques).

Une ampoule type vaccin polyvalent C.C.B. de l'Institut Pasteur doit contenir 4 milliards de corps microbiens par cm3.

IV. — *ETUDE DES STIGMATES ENDOCRINIENS:*

Il est incontestable que lorsque les investigations par les cuti-tests ou par l'étude des antibiogrammes se soient avérées négatives il faut penser à une insuffisance ou plus souvent à un hyperfonctionnement endocrinien.

Le dosage des phénolstéroïdes urinaires et de la folliculine, des G.B.S. et du Prégnandiol et de laF.S.H., l'exploration de la glande thyroïde et l'étude cytohormonale des frottis vaginaux, surtout chez les femmes hyperfolliculiniques ou celles atteignant la ménopause constituent la gamme d'explorations endocriniennes que le laboratoire est

en mesure de mettre à la disposition des praticiens pour faciliter la compréhension de l'allergie non décelée par les moyens décrits ci-dessus.

RESUME

Par les procédés d'investigations hématologiques, bactériologiques, endocriniens et en particulier par la recherche des allergènes respiratoires et alimentaires le laboratoire de biologie clinique peut aujourd'hui aider efficacement le praticien pour préciser le diagnostic et suivre le traitement des maladies allergiques.

BIBLIOGRAPHIE

BLAMOUTIER (Paul) : *L'asthme,* Paris, 1948, Masson, Editeur.

BRISSET (Ch.) et GACHKEL (V.) : *La médecine psychosomatique en U.R.S.S.,* Presse Méd. 1951, 7 avril, *59,* 465.

BUNSE (W.) et MULLER (R.) : *Ultra sonic Treatment in bronchial asthma Résumé in Excepta,* Méd. 1950, 1774).

CALO A. : *Troubles maladies et lesions cardio-vasulaires d'origine allergique* Maroc Méd.. *32,* Avr. 1953, 355-367.

NITTI (F.) : *La vaccinothérapie dans l'asthme bronchique* (Thèse Paris, 1953).

PAGNIEZ (Ph.) et PASTEUR-VALLERY-RADOT : *L'antianaphylaxie digestive* (Ann. Méd. 1920, 01)

PASTEUR-VALLERY-RADOT MOURIC et HOLTZER : *L'anaphylaxie expérimentale et humaine* (1 volume 130 p., Paris 1937, Masson Editeur).

PASTEUR-VALLERY-RADOT : *Précis des maladies allergiques,* Paris 1949, (Flammarion Editeur).

PASTEUR-VALLERY-RADOT : *A C T H et Cortisone dans le traitement de l'asthme et des maladies allergiques* (Acquisitions médicales récentes. Paris 1952, Flammarion Editeur).

ROUVE (A.H.) : *Food allergy Philadelphia* (Lea Editeur).

TURIAF (J.), BLANCHON (P.) et ZIZINE (L.) : *Asthme et troubles menstruels ménopause exclue.* (Bull. et men. Soc. Méd. Hôp., Paris 1949, *65,* 347.

IZANCK (A.), SIDI (E.) : *Les dermatoses allergiques,* Masson Editeur

SOBIO

GRAMICIDINE SOBIO

Antibiotique de contact à l'état pur et cristallisé

SPECTRE ÉTENDU
POSOLOGIE PRÉCISE

EFFETS CONSTANTS
PAS DE RÉACTIONS ALLERGIQUES

•

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DES

AFFECTIONS BUCCO-RHINO-PHARYNGÉES

GRIPPES
BRONCHITES
SINUSITES
OTITES

•

DRAGÉES ET **GOUTTES NASALES**

Autres formes d'utilisation locale : POMMADE - OVULES SECS effervescents

G. I

REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

LABORATOIRES SOBIO - 20, RUE D'AUMALE, PARIS-9e - PIG. 65-59

TUNISIE : Agence Pharmaceutique Française, 8, Passage du 7 mai, TUNIS
ALGERIE : Toutes Pharmacies
MAROC : Ets PLATON - 39, Rue du Soldat Jouvencel - CASABLANCA

Evolution technique de la chirurgie d'infection en otologie

Pratique de la greffe dermo-épidermique

par le Dr TOURGIS (Sfax)

——o——

Facteurs climatiques économiques et autres font de la Tunisie et tout particulièrement de la région de Sfax un terrain propice à l'évolution des otorrhées chroniques (150 otorrhées sur 1.000 consultants).

Parallèlement, les complications et évolutions graves de ces otorrées entraînent de fréquentes sanctions chirurgicales, alors qu'en France une prophylaxie efficace et l'utilisation des antibiotiques a fait disparaître pour ainsi dire cette chirurgie d'infection.

L'intervention, lors de complications graves ou de poussées de réchauffement n'est pas notre seule indication pour autant, et nous sommes d'avis avec TRUFFERT que « Lorsqu'une otorrhée chronique fétide permet d'affirmer l'existence de lésion ostéitique, il est inutile et dangereux d'attendre la disparition complète de l'audition ou l'apparition de troubles labyrinthiques, pour pratiquer un évidement pétro-mastoïdien. En effet, dès que la pérennité de la suppuration rend cette intervention inévitable, il la faut pratiquer sans trop tarder. On donne ainsi, au malade le maximum de chances de guérison avec le minimum de déchets et en particulier, celle d'une récupération presque complète de l'audition ».

Dans un cas comme dans l'autre, nous avons pu constater que les lésions mastoïdiennes sont toujours présentes, souvent beaucoup plus étendues que nous ne le pensions, ce qui explique que nous ne pratiquons quasi exclusivement que **des évidements-totaux**.

C'est, après avoir effectué plus de cent interventions de cet ordre, ces trois dernières années que, nous avons pu apprécier combien l'évidement pétro-mastoïdien est décevant.

Nos malades étant nombreux, notre service petit, il nous fallait une intervention aux suites rapides et sans histoires à période d'invalidité et d'hospitalisation réduite.

C'est l'évolution technique de cette chirurgie, dont nous n'étions pas les seuls à supporter les déboires, que nous nous proposons d'évoquer dans ce travail; décrivant pour conclure une intervention « type » ou la greffe dermo-épidermique, tient une place prépondérante et dont nous sommes satisfait.

*
* *

L'E.P.M.T. classique dont nos maîtres nous avaient enseigné la technique, est une intervention :

« Mutilante.
Inesthétique.
Aux suites longues et douloureuses.
Sujette à récidives et non exempte de retouches.

Inexistants vis-à-vis du Pronostic vital lorsqu'il est cause, ces inconvénients sont bien réels cependant :

— **La mutilation** (perte de l'audition) s'explique sans doute, plus par le bourgeonnement post-opératoire de la région des fenêtres, que par la seule atteinte de la continuité de la chaine des osselets, elle même bien rarement indemne. Elle est loin d'être aussi systématique qu'on a bien voulu le dire, égard aux phénomènes d'audition paradoxale des oreilles qui « coulent ».

— **Le manque d'esthétique** est dû à la vaste plastie nécessitée par la surveillance de l'épidermisation, (se voit surtout dans les plasties par résection, par phénomène de rétraction secondaire).

— **Les suites longues et douloureuses** sont celles d'une plaie osseuse, ou des techniques de pansements fréquents avec cautérisations et curetages de bourgeons sont nécessaires.

— **Quant aux récidives et aux retouches,** mise à part des fautes opératoires évitables, elles sont sous la dépendance de deux facteurs qui forment le dénominateur commun de tous les déboires de l'E.P.M.T.

Le bourgeonnement de la cavité opératoire sans ébauche d'épidermisation évoluant plus ou moins rapidement vers son comblement total...

L'installation d'un écoulement muco-purulent d'origine tubaire dont on connait la ténacité, pas toujours évité par un curetage soigneux de l'orifice tubulaire et rarement tari définitivement par les traitements médicaux post-opératoires (Ombredanne).

*
* *

Les années 48 et 49 qui virent tant de travaux sur la copho chirurgie devaient amener les adaptations correspondantes en chirurgie d'infection.

Le désir d'être plus fonctionnel donc plus « conservateur » et moins « mutilant », la primauté du drainage sur le curetage, la voie endaurale qui supprimait le temps de la plastie, la greffe de la petite cavité de trépanation par le lambeau de tympano-méatal... amena à pratiquer des interventions partielles dont les Docteurs Zaouche et Perez nous avaient donné dans cette même revue un exposé complet de technique générale.

Si l'on veut bien considérer encore une fois, que l'indication opératoire de telles interventions était rare dans les cas qui nous interessaient, il n'en reste pas moins que de nouvelles habitudes ont été prises sans pour cela attaquer le problème à sa base.

Ces habitudes ont porté :

tonique général biologique
sans excitants artificiels

Ampoules Buvables de 10 cc



Boîtes de 8 ampoules
Coffrets de 24 ampoules

ÉTATS DE DÉPRESSION
PHYSIQUE, INTELLECTUELLE
OU PSYCHIQUE
TRAVAIL INTELLECTUEL
ANÉMIES SECONDAIRES
CONVALESCENCES

Remboursé par la Sécurité Sociale

LABORATOIRE DE L'HÉPATROL
4, Rue Platon — Paris XVe

MÉTHIOFOLINE

Médication Lipotrope Élargie



Syndromes Hépatiques

Insuffisances Hépatiques
Hépatites toxi-infectieuses
Cirrhoses

Anémies carentielles
Dénutrition
Syndromes Hémorragipares

Hémorragies médicales et chirurgicales
Débilité des prématurés et des nourrissons

tubes de 20 comprimés

Boites de 8 Ampoules de 5 cc pour injections I. M.

REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

LABORATOIRE DE L'HÉPATROL
4, Rue Platon — Paris XVe

— Sur des perfectionnements instrumentaux.

— Sur des temps opératoires.

Perfectionnements instrumentaux :

Citons rapidement l'usage de la fraise électrique, nous restons quant à nous, indéfectiblement attaché à la gouge et à la cuvette type LEMPERT.

Le grossissement, souvent utile mais à un degré moindre qu'en cophо-chirurgie. Néanmoins les lunettes à grossissement 4 de GULISTRAND ou à autres modèles nous ont rendu de grands services pour le nettoyage de la caisse.

L'aspiration-irrigation dont nous n'avons fait qu'une utilisation tardive faute d'équipement adéquat et dont nous sommes devenus partisans enthousiastes. Elle permet un travail continu et qui réduit d'autant l'intervention, et surtout un travail non aveugle. La curette dans une main, l'aspirateur dans l'autre, on peut réaliser le minutieux nettoyage des fongosités dans les régions où le curetage aveugle aurait été dangereux.

Temps opératoires :

Les nouvelles « habitudes » acquises, ont intéressé trois problèmes eux même reliés entre eux :

— La voie d'abord : rétro auriculaire ou endaurale ?

— La plastie : avec plastie ou sans plastie ?

— La greffe de la cavité.

La voie d'abord : nous n'en parlons qu'à seule fin d'être complet. L'usage de la voie endaurale nettement indiquée lorsqu'il ne s'agit que de l'attique est pour les interventions totales une question d'habitude. La voie rétro-auriculaire semble devoir rester à notre avis le procédé de choix pour traiter les lésions mastoïdiennes toujours associées et souvent importantes.

La plastie : Est-ce la rétraction inesthétique qu'elle laisse parfois, le « douloureux » de la tranche cartilagineuse, la crainte des chondrites ou la fatigue du chirurgien après une heure de minutieux travail, qui a fait écrire à son sujet, tant de « pour » et tant de « contre ».

Ce découpage sanglant dans le cartilage, nous avait toujours choqué, et on comprend que l'on se soit ingénié à trouver un procédé excluant ce temps opératoire.

La voie endaurale en était une possibilité, mais on a vu plus haut ce qu'il fallait penser de cette voie dans le traitement des « mastoïdites chroniques ».

Une méthode dérivée de la méthode Argentine utilisée à l'Hôpital Sadiki n'a pas donné en nos mains les résultats que nous en espérions.

La technique de plastie décrite dans son traité par le Professeur PORTMANN est essentiellement « chirurgicale » c'est-à-dire : facilite l'hémostase, respecte les plans, et prépare deux lambeaux qui vont recouvrir la tranche de section cartilagineuse et faire l'amorce de l'épidermisation. C'est celle que nous utilisons. Le résultat est excellent du point de vue esthétique et la surveillance post-opératoire de la cavité d'évidement est aisée.

Mais, si l'on veut bien réfléchir au fait que la seule raison d'être de la plastie est la surveillance de l'épidermisation, il n'est pas impossible d'envisager de s'en passer le jour où l'on sera assuré d'une épidermisation sans histoire et sans surveillance, ce qui nous amène à notre 3e point.

La greffe de la cavité : La pratique des greffes cutanées libres en chirurgie otologique ne date pas d'hier, et les raisons pour lesquelles les opérateurs employaient ce procédé, sont toujours actuelles :

— Oblitérer une trompe d'Eustache;

— Eviter la sténose de la cavité d'évidement par un bourgeonnement exubérant.

Les traités classiques de AUBRY et de PORTMANN comportent tous les deux dans leur technique de l'E.P.M.T., la mise en place d'une greffe de TIERSCH dont le site de prélèvement est variable suivant les auteurs, mais sans insister sur les avantages de cette méthode.

Ces greffes épaisses et irrégulières dans leur structure ne prenaient pas toujours et même, nous avons vu certains opérateurs attendre le 15e jour pour greffer sur un lit de bourgeons conjonctifs qui pensaient-ils serait « nourricier ».

La pratique de la copho-chirurgie, avec les ennuis dûs à la confection du Lambeau tympano-méatal, les déchirures tympaniques dans la section de la tête du marteau vont faire reprendre la question et aboutir avec celle des aplaisies de l'oreille aux travaux princeps et magistraux d'OMBREDANNE et de ses élèves, sur l'utilisation des greffes de peau libre en otologie dont la greffe dermo-épidermique n'est elle même qu'une variété.

Ses avantages définis par CLERC dans sa technique de fénestration sont les suivants :

— Exsangue;

— A prise constante;

— Douée de propriétés acoustiques.

— **Exsangue** : la constatation en est automatique lors du prélèvement.

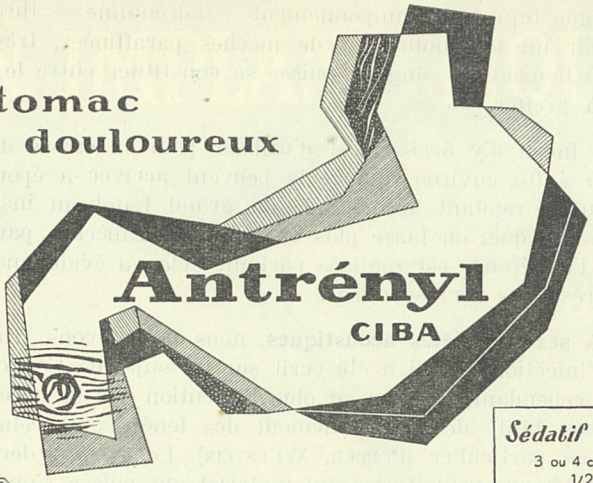
— **Prise constante** : à condition d'être appliquée :

— Sur un lit osseux, suffisamment lisse et régulier, (supprimer les restes de tympan « Tabou » et enlever la muqueuse du promontoire cureter l'Hypotympanum.

Estomac douloureux

Antrényl

CIBA



Sédatif spasmolytique

3 ou 4 comprimés par jour
1/2 à 1 ampoule

818

CIBA

57, QUAI D'ORSAY - PARIS • 111, Bd. VIVIER-MERLE - LYON

OSMOTOL



TRAITEMENT RÉSOLUTIF DES OTITES AIGUËS (OTITE HYPEREMIQUE, OTITE EXSUDATIVE AIGUË).

L'OSMOTOL RÉALISE PAR OSMOSE LE DRAINAGE A TRAVERS LE TYMPAN, DE L'EXSUDATION INFLAMMATOIRE, PROVOQUANT AINSI LA DÉCONGESTION DES TISSUS ENFLAMMÉS.

CHAUVIN BLACHE

AUBENAS — ARDÈCHE

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

— Exsangue lui-même (tamponnement + adrénaline + thrombase) et maintenu par un tamponnement de mèches paraffinées, très serré, afin qu'un épanchement de sang ne puisse se constituer entre le greffon et la surface à greffer.

La seule façon d'y arriver est d'utiliser pour la caisse de petits greffons de 0,5 x 0,5 environ, qui seuls peuvent arriver à épouser les diverses courbures, rejetant la méthode du grand Lambeau insinué en doigt de gant sur lequel on tasse plus ou moins. des mèches paraffinées sans savoir si l'adhérence est réalisée partout. Cela va évidemment plus vite, mais les résultats correspondent.

— **Quant à ses propriétés acoustiques,** nous ne pouvons transposer en chirurgie d'infection ce qui a été écrit sur un sujet de Copho-chirurgie. On attire, cependant, de plus en plus l'attention sur la nécessité de conserver la possibilité de fonctionnement des fenêtres et celui de la fenêtre ronde en particulier (POPPER, WULSTEIN). Le greffon dermo épidermique est à l'heure actuelle le seul matériel qui puisse s'opposer au bourgeonnement de cette région, avec des propriétés acoustiques optima.

Nous ajouterons pour notre part, trois qualités à la greffe dermo épidermique en chirurgie d'infection, trois facteurs intriqués les uns aux autres :

— anti sténose;

— à pansements non douloureux;

— à pansements faciles....

Expliquons-nous : L'intervention a été allongée de 10 à 15 minutes pour le prélèvement et mise en place de la greffe. Le détamponnement du 10e jour peu douloureux comme tous les autres pansements a donc été bien accepté. Il n'y aura plus, après avoir enlevé les débris d'exfoliation épidermique du greffon que des pansements simples, une mèche peu tassée à changer, un antibiotique quelconque à mettre et c'est tout.

Il y a des jours, en pratique hospitalière où l'on a pas le temps de voir tous les pansements, un infirmier pourra s'en charger sans risquer de retrouver ces cavités, rapidement bourgeonnantes où il fallait savoir choisir entre l'acide chromique, le nitrate d'argent, le lavage, le pansement sec, la poudre d'acide borique... Je parle ici, en connaissance de cause ayant fait comme externe les pansements des évidements faits par des opérateurs qui les abandonnaient en nos mains inexpertes... !

Est-ce à dire que le 10e jour tout est fini ? — Non.

Est-ce par trouble trophique ? La greffe suinte, il y a toujours un léger bourgeonnement de la tranche de section du conduit qu'il faut surveiller; mais cela n'est vraiment rien. A partir du 20e jour on peut ne revoir le malade que 2 fois par semaine. Il faut compter 2 à 3 mois pour obtenir une cavité absolument sèche.



ANDROTARDYL

POUR L'ANDROGÉNOTHÉRAPIE RETARD

REMBOURSE PAR LA SECURITE SOCIALE

SOCIÉTÉ D'EXPLOITATION DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES SPÉCIALISÉS
SERVICE SCIENTIFIQUE :
89, AVENUE DE LA BOURDONNAIS — PARIS — VIIe
TÉL. INV 74-19

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

Notons que la greffe est possible chez l'enfant, ce qui entre en contradiction relative avec une communication de MM. Bourdial et Lallemant (Annales O.R.L., page 343, année 1953).

Les auteurs reconnaissaient du reste que, « ces échecs des greffes sont peut-être dûs à une technique insuffisante et à l'absence de matériel spécialisé ». 2 greffes pratiquées chez l'enfant, nous ont donné des résultats l'un à 75 %, l'autre à 50 %.

Les échecs s'expliquent sans aucun doute par l'épaisseur de la muqueuse (Debain). En ce qui nous concerne, elle est sacrifiée et l'orifice tubaire cureté aussi complètement que possible.

On peut fort bien greffer sur un sinus dénudé et même sur un nerf facial ce qui représente une des manières optima de le protéger.

*
* *

Les conclusions à tirer sont les suivantes :

— S'il n'y a pas de procédé pouvant assurer 100 % de succès, si ce procédé de par la relative complexité instrumentale, qu'il engendre est sujet à des impondérables, nous pouvons assurer après plus de cent évidements pétro-mastoïdiens que la greffe dermo-épidermique dans nos dix derniers cas nous a assuré 80 % de succès compte tenu de notre inexpérience du procédé (succès = belle cavité non sténosée bien épidermisée, à trompe sèche).

L'échec n'a jamais été total, le peu d'épiderme qui a pu prendre dans les plus mauvais cas a hâté l'épidermisation. Nous le disons en poussant un soupir de soulagement, car il est pénible d'être obligé de conseiller et de pratiquer des interventions dont on sait à l'avance le post-opératoire décevant. L'E.P.M.T. n'est pas une mauvaise opération. La mutilation n'est pas systématique et nous retrouvons dans nos résultats les statistiques des autres auteurs, depuis que nous nous astreignons à faire de audiogrammes pré et post-opératoires ce qui n'est pas toujours possible. Elle n'est pas inesthétique, les suites en sont rendues supportables, quant à leur longueur, il faut compter deux mois pour observer une épidermisation convenable.

— Mieux encore, les plus belles perspectives sont ouvertes en ce qui concerne le copho-chirurgie, car c'est là un des aspects de l'évolution technique de la chirurgie d'infection (technique du Dr Clerc).

Certes : fenestrer une otospongiose, récupérer une surdité post-otite cicatricielle où les restes auditifs d'un sourd-muet supposent un labyrinthe existant et un travail clinique d'indication opératoire qui dépasse de loin le prélèvement et la pose d'une greffe. C'est malgré tout un des temps opératoires essentiels passant même avant la création de la fenêtre, et en avoir une pratique quotidienne est un point d'acquit non négligeable.

— La Chirurgie otologique d'infection rend ainsi à la copho chirur-



NÉVROSTHÉNINE
FREYSSINGE
6, RUE ABEL - PARIS -

gie les bienfaits reçus de sa prestigieuse cadette. En dépit d'un scepticisme souriant, cette dernière a son indication en Tunisie, plus qu'ailleurs où les coûteux appareils de prothèse électronique ne pourront satisfaire demain la clientèle nombreuse et indigente de nos consultations hospitalières.

BIBLIOGRAPHIE

P. ABOULKER : Greffe de peau totale pour sténose complète du conduit à la suite d'évidement (Société Laryngologie des Hôpitaux de Paris S. 18-11-46).

AUBRY : XLVII Congrès Français O.R.L.;
2e rapport : voies d'abord de l'oreille moyenne.

BARNY DE ROMANET : Sur l'abord chirurgical de l'attique, la voie endaurale (O.R.L. 1949, p. 173).

BEHRMAN :
— Fermeture de l'orifice tubaire avec une greffe libre de pleine peau (Annales O.R.L. 1953, p. 363).
— Fermeture de la trompe d'Eustache avec des greffes de peau totale (annales O.R.L. 1954, n° 5 et 6).

BOURDIAL et Y. LALLEMANT : Réflexions sur l'otite chronique de l'enfant suggérées par 120 interventions « l'évidement attical » in Annales O.R.L. 1953, n° 5 et 6.

BOYDEN : Voie d'accès endaural de la mastoïde pour mastoïdectomie complète avec 43 cp., annales O.R.L. 1948, p. 225.

P. CLERC :
— Retour de l'audition après fenestration, p. 105, annales O.R.L. 1952.
— 43 Fenestrations pour oto-spongiose — procédé du greffon dermo-épidermique (annales O.R.L. 1953, p. 299.

DEBAIN : Evidement par voie endaurale, J. et Y. DEBAIN in annales O.R.L., 1948, p. 550.

DECROIX, LIBERSA et LEJEUNE : E.P.M. ses résultats en fonction de l'audition selon une modification de la méthode argentine.

HOHLBRUGGER : Traitement post-opératoire de l'évidement de l'oreille moyenne (greffe de Tiersch).

JELNES : Cure radicale de l'otite moyenne suppurée, in annales O.R.L., 1951, p. 522.

JUERS A. L. : Evidement partiel, analyse in annales O.R.L. 1953, p. 363.

MARSAT : Audition pré et post opératoire dans le partiel. XVIIe Congrès de la Sté Française d'O.R.L.

OBREDANNE :
— Note sur les greffes cutanées libres dans les cavités d'évidement pétro-mastoïdien, annales O.R.L. 1949, p. 57.

— Copho chirurgie : technique très particulière d'Ombredanne, p. 439, annales O.R.L 1949.

— Technique particulière de fénestration pour otospongiose (annales O.R.L. 1950, p. 673.

— Fenestration chez l'enfant dans les aplasies de l'Oreille avec imperforation du conduit auditif, annales O.R.L. 1948, p. 323.

O. Popper :

— Transtympanic Approach and Fenestration : Archives Of Otolaryngology, april 1949, vol. 49, p. 350-374.

— Transtympanic technic in surgical otology Archives of. Otolaryngology March 1950, vol. 51, page 356-370.

— Restoration Of Hearing In Surgery Of The Chronic Ear Fourth International Congress Of Otolaryngology, London, July 1949.

Portmann : Traité de technique opératoire Oto-Rhino Laryngologique.

Sheridan : E.P.M. modifié en respectant le méat in annales O.R.L. 1951. p. 426.

Simpson : La mastoïdectomie radicale modifiée : in annales O.R.L. 1946, page 218.

Truffert : Traité de chirurgie de la tête et du cou.

Zaouche et Pérez : In Tunisie Médicale : sur le traitement chirurgical des atticites chroniques.

Foie - Fer - Cobalt

TOT' HÉMA

8 gammas
Vitamine B 12

Une à deux **ampoules buvables** par jour

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

LABORATOIRES H. FAURE

8, Place de la Liberté — ANNONAY (Ardèche)

H. FAURE, Pharmacien

LES VITA-COLLYRES

Collyres à Tonicité et pH Physiologiques

Application des données récentes de la physico-chimie en thérapeutique oculaire, permettant d'éviter l'irritation acide ou alcaline et les inconvénients du déséquilibre osmotique des collyres habituels

VITA-IODUROL
VITA-BLEU
VITACARPINE
VITATROPINE
VERT-SULFO J.
VITASEPTINE
VITAZINC
VITARGENOL
VITACHROMOL
CORTISONE

VITASEPTINE CUPRIQUE

"Remboursables par la Sécurité Sociale"

EFFICACITE MAXIMUM
TOLERANCE PARFAITE
APPLICATION INDOLORE

EXO-THION "Cicatrisations"

INOSIMÉSOL-CHOLINE "EGIC"

"Insuffisances Hépatiques"

INOSIMÉSOL-CHOLINE "EGIC" : Boîte de 6 et 18 ampoules buvables
EXO-THION : Poudre et Pommade

L'ÉQUILIBRE BIOLOGIQUE - COMMENTRY - ALLIER

Wallace et Dreeger

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

Etude sur la cécité dans le Sud-Tunisien

par le Dr MALNOU — TOZEUR (Tunisie)

—o—

I.

Au moment où, sous l'égide d'organisations internationales, se développent de vastes compagnes contre les endémies oculaires, il nous a semblé intéressant d'étudier, fut-ce même sommairement, le problème de la cécité dans certaines oasis du Sud-Tunisien, précisément incluses dans le programme de ces campagnes. Car cette lutte contre les conjonctives aiguës et le trachome est tout simplement une lutte contre la cécité : il suffit pour s'en convaincre d'examiner quelques statistiques qui, bien que manquant d'une rigoureuse précision (les raisons en seront exposées), suffisent à donner une idée de l'ampleur des fléaux oculaires dans nos régions et de l'intérêt d'une lutte vaste systématique et prolongée.

A. — STATISTIQUES.

Pour apporter des chiffres aussi abondants et précis que possible dans le recensement des aveugles de la région du Djérid, il nous a fallu procéder de deux façons.

1. — **Tournée dans les oasis**. Avec l'appui des autorités locales, nous nous sommes rendus dans chaque oasis, dans chaque Cheikhat, où avaient été rassemblés tous les aveugles **connus** du chef du quartier.

Nous avons obtenu les chiffres suivants qui seront ensuite commentés :

TOZEUR	: 131	aveugles	pour une	population	de 15.000	habitants
NEFTA	: 134	»	»	»	18.000	»
EL HAMMA	: 10	»	»	»	2.000	»
DEGACHE	: 49	»	»	»	5.000	»
KRIZT-CEDADA	50	»	»	»	3.400	»

Soit un total de 374 aveugles pour une population totale de 43.400 hab. env.

ce qui représenterait un pourcentage de près de 0,8 %. Il nous semble très inférieur à la vérité. Pour évaluer un tant soit peu la marge d'erreur de ces chiffres, nous avons comparé certains d'entre eux avec les registres des consultations de certains dispensaires, ce qui était facile, puisque le recensement avait été nominatif. Dans certaines localités il semble bien que 50 % des aveugles aient échappé à ce dénombrement : ces 50 % étant représentés surtout par les femmes auxquelles les traditions, particulièrement rigoureuses dans nos régions, inter-

disent ce genre de rassemblement. Nous estimons donc que, **grosso modo,** les chiffres précédemment apportés peuvent être doublés.

2. — **Relevé des registres de consultations.** Si, au début de notre travail, nous nous étions limités à un simple recensement sur place, devant la nette disproportion entre le nombre des aveugles recensés et celui de ceux que les consultations quotidiennes amenaient dans les dispensaires, nous avons dû effectuer un véritable relevé statistique portant sur plusieurs milliers de consultants (6.237 exactement) et nous en avons profité pour noter également les cécités monoculaires.

	Cécité complète	Cecité monoculaire
Tozeur	204 : 6,8 %	280 : 9,3 %
Nefta	109 : 8,1 %	169 : 12,5 %
El Oudiane	40 : 2,1 %	64 : 3,9 %

(le pourcentage porte sur le nombre de consultants bien entendu)

Nous sommes déjà loin des chiffres obtenus lors des tournées dans les localités. Par contre, à El Oudiane (qui groupe Degache, Kritz et Cedada) les chiffres inférieurs s'expliquent simplement par le fait que les oasis sont distantes les unes des autres, que le dispensaire se trouve donc inégalement à portée des habitants, qui sont, par ailleurs plus passifs et sédentaires que dans certaines autres oasis de la région. On remarquera que plus on descend vers le Sud, plus le pourcentage augmente : ainsi d'El Oudiane à Nefta.

Ces chiffres nous semblent déjà très évocateurs : ils représentent les **cécités totales,** celles pour lesquelles il n'est aucun recours. Nous avons sciemment négligé :

— les cataractes qui ne sont, qu'on me pardonne l'expression, que des cécités provisoires auxquelles la chirurgie peut mettre fin.

— les malades ayant encore conservé une acuité visuelle relative mais qui seraient incontestablement dotés de la canne blanche en d'autres pays. Ils sont nombreux et ce serait une œuvre de longue haleine de les dépister tous.

Que l'on sache, cependant que l'acuité visuelle moyenne des habitants de la région du Djérid s'établit aux alentours de 4/10. Nous avons, pour faire ce calcul, pris des individus au hasard, des hommes uniquement, âgés de 18 à 40 ans, en pleine activité physique, exempts de grosses lésions manifestes (taies, pannus étendus, etc...). Ce chiffre est encore plus représentatif si l'on songe à la perte du potentiel de travail; nous reviendrons d'ailleurs sur ce problème.

Nous allons maintenant détailler un peu ces chiffres à un triple point de vue :

— Sexe;
— Age;
— Date de la cécité;

en tenant compte des résultats qui nous ont été fournis par le recensement dans les oasis et le relevé des registres de consultations. (R et C dans le tableau).

CECITE TOTALE

	SEXE		AGE			
	H.	F.	0-5 ans	5-15 ans	15-40 ans	40 ans
Tozeur	(R 59 :	72	0	3	25	103
	(C 83 :	121	6	6	47	145
Nefta	(R 56 :	78	4	7	27	96
	(C 43 :	66	3	10	36	60
Degache	(R 27 :	22	0	0	8	41
	(C 21 :	19	1	4	16	19
Kriz-Cedada ..	(R 19 :	29	1	4	17	28
	(C					
El Hamma ...	(R 5 :	5	1	0	4	5
	(C					

Sauf pour Degache où le registre de consultations n'a été relevé qu'à concurrence de 1.892 malades, les autres chiffres sont concordants. On peut d'emblée observer :

a) Que les femmes sont incontestablement plus atteintes que les hommes : nous pensons qu'elles sont plus rebelles à un traitement précoce et suivi. La plupart des cas que nous avons pu observer ont révélé des affections évoluant depuis des semaines. Seules des douleurs intolérables les dirigeaient sur les dispensaires.

b) Que beaucoup d'individus d'âge pubère n'ont pas été touchés par le recensement. Par exemple pour Tozeur, nous avions dépisté 72 femmes pour 59 hommes soit une marge de 13 : alors que le registre de consultations en fait apparaître 121 pour 83 soit une marge de 38. Peu d'enfants lors du recensement.

ARKEBIOS

(ACIDE PHOSPHORIQUE ET PHOSPHATES MONOMÉTALLIQUES :

Ca, Na, K, Mg)

CARENCES-PHOSPHO-CALCIQUES - ASTHENIES

flacon cte-gouttes 45 cc. SÉCURITÉ SOCIALE

Laboratoire **R. GALLIER**, 1 bis, place du Président Mithouard, Paris 7e

SPECIMEDHY, 37, rue d'Isly — TUNIS

LABORATOIRES CHIBRET

POMMADES ANTIBIOTIQUES

CHIBRET

Clermont-Ferrand — PARIS

AUREOMYCINE	1 et 3 %
BACITRACINE CHIBRET	1.000 u/g
CHLORAMPHENICOL	1 %
OXY-TETRACYCLINE	1 %
PENICILLINE CHIBRET	1-5-10.000 u/g
STREPTOMYCINE (Dihydro)	1 %
TRI-ANTIBIOTIQUE	

Tubes Ophta et Dermato

P.R.W. PARIS

TUNISIE : Ets ZANA et COHEN-JONATHAN

14 bis, Rue Arago — TUNIS

c) Une majorité d'aveugles au-dessus de 40 ans. Cette question serait partiellement dépourvue d'intérêt, ce qui importe de savoir, c'est **à quel âge est survenue la cécité**. Ce point de vue ne nous avait pas échappé lors du recensement. Malheureusement les réponses des individus étaient extrêmement vagues et bien souvent les aveugles débattaient la date de leur cécité avec les membres de leur famille. Ou alors, on obtenait des réponses telles que : « deux ans après les sauterelles »..., « L'année de la mort du cheikh un tel ». Nous n'avons tenu compte que des réponses formelles « quand j'étais enfant, l'année où j'ai fait mon premier Ramadan ». Ainsi à Nefta, nous estimons que sur 134 cécités, au moins 36 sont sûrement survenues entre la naissance et 15 ans soit plus de 25 %. Nous sommes certainement en dessous de la vérité, mais nous ne pouvons tenir compte que de ce chiffre.

d) Ces constatations, tant du point de vue sexe que de l'âge moyen des cécités, sont confirmées par les chiffres suivants portant sur les cas de cécités unilatérales.

CECITES UNILATERALES

	SEXE		AGE			
	H.	F.	0-5 ans	5-15 ans	15-40 ans	40 ans
Tozeur	91	189	6	26	106	142
Nefta	62	107	3	36	83	38
Degache	34	30	4	15	22	22
Total	187	326	13	77	211	202

B. — **ETIOLOGIE.**

Au point de vue étiologique, nous avons rattaché les cécités à quatre grandes catégories d'affections :

— conjonctivites;
— trachome proprement dit;
— glaucome primitif;
— affections diverses.

Les chiffres qui vont être donnés ne porteront que sur les diagnostics établis lors des consultations car lors des recensements sur place il n'a pas toujours été possible d'établir avec précision l'origine des cécités surtout lorsqu'il s'agissait de glaucomes ou d'affections du seg-

ment postérieur. Les recherches étiologiques n'ont donc été pratiquées que sur 353 cas de cécités bilatérales et sur 513 cas de cécités unilatérales, ce qui est amplement suffisant pour obtenir une idée assez précise.

1. — **Les conjonctivites.**

Elles sont de grandees pourvoyeuses d'aveugles puisque :

— sur 353 cas de cécités bilatérale, nous trouvons 147 cas dûs à une conjonctivite aiguë compliquée, soit plus de 41 % des cas.

— sur 513 cas de cécités unilatérales, 454 cas de la même origine, soit le chiffre énorme de 89 %.

Comment ces conjonctivites se compliquent-elles et aboutissent-elles à la cécité ? Le point de départ est l'ulcère de cornée, ulcère trop souvent négligé chez le malade (nous reviendrons ultérieurement sur cette question). Cet ulcère se perfore et peut aboutir :

— soit au leucome adhérent se compliquant de glaucome secondaire;

— ce leucome adhérent compliqué peut ensuite se transformer en un véritable staphylome antérieur;

— soit à la panophtalmie qui aboutit à la phtisie du globe, à son atrophie.

Enfin les larges ulcères peuvent laisser après eux une large cicatrice, un leucome total.

	Leuc. adhér. + glauc. sec	Staphylome	Panophtalmie	Atrophie	Leucome total
Cécités bilatérales	23	10		9	18
Cecités unilatérales	21	159	12	206	62

Il est évident que pour les cécités binoculaires, il est rare que chaque œil présente une complication identique. Un aveugle pourra présenter une atrophie d'un côté et un staphylome de l'autre. Dans cette même série d'aveugles nous avons ainsi relevé :

Atrophie + staphylome : 13 cas;
Atrophie + leucome adhérent + G.A. Saire : 23 cas;
Staphylome + G.A. Saire : 18 cas;
Staphylome + G.A. Saire : 18 cas;
Leucome total + staphylome : 11 cas;
Atrophie + leucome total : 17 cas;
Leucome total + glaucome absolu Saire : 5 cas.

Tout ceci est l'aboutissement de l'ulcère de cornée. Or, toutes les conjonctivites peuvent donner des ulcères, depuis la conjonctivite à gonocoques d'une virulence telle qu'elle peut aboutir en quelques heures à la perforation totale, jusqu'à la conjonctivite à germes banaux qui met plus ou moins longtemps à attaquer la cornée et qui est bien souvent aidée dans son travail par des agents traumatiques (cils trichiasiques, tempêtes de sable, etc...). Il n'en faut pour se convaincre que d'ouvrir une fois encore les registres de consultations. Nous y lisons l'incroyable proportion d'ulcères en évolution ou d'ulcères cicatrisés en leucomes :

	ULCERES				LEUCOMES			
	Simples	Perforés	A hypopion	TOTAL	Simples	Adhérents	avec gl. Second.	TOTAL
Tozeur	123	24	1	148	142	128	47	317
Nefta	230	49	2	287	110	61	10	181

Ce qui représente pour Tozeur 465 personnes sur 3.000 porteuses d'un ulcère en évolution ou cicatrisé soit 15,5 %.

Et pour Nefta 468 sur 1.345 soit 34,7 %.

Nous pouvons remarquer d'emblée que les ulcères perforés entrent pour 16 à 17 % dans le nombre des ulcères et les leucomes adhérents. compliqués ou non de glaucome secondaire pour 37 à 39 % les leucomes. C'est-à-dire que pour ces cas il y a danger grave de cécité à plus ou moins longue échéance.

2° **Le trachome.** — En pays d'endémie trachomateuse (où l'index s'établit entre 80 et 100 %), il est particulièrement malaisé de vouloir dissocier les conjonctives du trachome et de vouloir partager leurs responsabilités dans la génèse des cécités. « En clinique, écrit R. Nataf, cette association trachome-conjonctivite se présente comme une véritable symbiose dont il est difficile de dissocier les éléments, et dont l'évolution est d'autant plus aggravée ». Telle conjonctivite qui évoluerait sans complications sur un œil sain, attaque rapidement une cornée fragilisée par l'atteinte trachomateuse. Tel ulcère qui guérirait normalement sur un œil sain, traîne en longueur chez un œil trachomateux, quand il n'est pas aggravé par des cils trichiasiques.

Aussi est-ce par simple souci de classification que les deux paragraphes ont été séparés et nous n'avons ici considéré que ce stade ultime de l'infection trachomateuse : le xérosis.

PÉNICILLINOTHÉRAPIE BUCCALE PAR
UN NOUVEAU DÉRIVÉ DE LA PÉNICILLINE G

dépourvu de saveur

EXTENCILLINE

Dibenzyléthylène-diamine de la Pénicilline G

libère lentement la pénicilline

Deux formes pharmaceutiques d'un goût agréable, bien tolérées par les voies digestives, facilement acceptées par les enfants.

COMPRIMÉS
dosés à 200.000 U.I.
(FLACON DE 10)

SUSPENSION BUVABLE
dosée à 150.000 U.I. par cuillerée à café
(FLACON DE 60 ml)

PROPHYLAXIE *des*

COMPLICATIONS DES AFFECTIONS RESPIRATOIRES SAISONNIÈRES
RECHUTES DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU · NÉPHRITES INFECTIEUSES
accidents infectieux consécutifs aux interventions dentaires
amygdalectomies, explorations instrumentales, etc....

TRAITEMENT CURATIF *des*

AFFECTIONS A GERMES PÉNICILLINO-SENSIBLES
Affections rhino-pharyngées - Bronchites
Gonococcies - Affections dentaires.

Echantillons et littérature sur demande

ODETTE ZÉAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES
RHÔNE POULENC
PARIS
INFORMATION MÉDICALE
28, COURS ALBERT 1er · TÉL. BAL. 10-70
Boîte postale 490-08 · Paris 8e

— Sur 353 cas de cécités bilatérales : 27 cas, soit plus de 7 %.

— Sur 513 cas de cécités unilatérales : 17 cas, soit plus de 3 %.

Nous avons également relevé 14 cas mixtes de xérosis associé à une autre complication sans pouvoir déterminer celle qui avait le pas sur l'autre.

A notre avis, d'ailleurs, et bien que ces chiffres soient suffisamment éloquents, nous estimons que ce problème dépasse celui, trop simplifié, de la cécité. En effet, pour quelques centaines d'aveugles, imagine-t-on les dizaines de milliers d'individus qui dans nos régions ont vu le trachome grignoter lentement, dixième par dixième, leur acuité visuelle, au cours de poussées aiguës provoquées par des agents de surinfection (conjonctivites), ou traumatiques (cils, sable, etc...).

Nous avons choisi une centaine d'individus porteur d'un trachome banal, précicatriciel, en dehors de toute poussée aiguë, exempts de toute lésion cornéenne, trop manifeste (leucome), âgés de 18 à 40 ans (afin d'éliminer dans la mesure du possible, une opacité cristallinienne, une lésion glaucomateuse), et nous avons observé que leur acuité visuelle moyenne s'établissait autour de 4/10. Et, il ne s'agit que d'une moyenne. Tous ces individus étant de sexe masculin on conçoit aisément la diminution de capacité de travail de toute une population, et l'ampleur du problème posé par l'atteinte trachomateuse.

Car, en dehors de toute surinfection, le trachome, qui agit directement sur la vision par son pannus, même lorsqu'il n'atteint pas directement dans son infiltration progressive le centre de la cornée, détermine au limbe une déformation qui entraîne un astigmatisme interdisant toute vision précise.

Deux exemples particulièrement nets entre mille :

a) Tahar b....., 16 ans, en apprentissage de menuiserie, se présente le 10-11-1953 en se plaignant de vision imprécise, floue :
Acuité visuelle : OD : 2/10
OG : 1/10 faible
Avant tout autre examen, biomicroscopie :
OD : T_3 — F : + — P : + — C : ++
Pannus : I : 1 — V : 0,5
OG : T_3 — F : + — P : + — C : ++
Pannus : I : 3 — V : 2
A l'ophtalmomètre de JAVAL, astigmatisme irrégulier, impossible à apprécier.
Après deux mois de traitement, l'acuité visuelle est :
OD : 8/10
OG : 6/10
Biomicroscope :
OD : T_4 — C : ++
Pannus : I : 0,5 — V : O
OG : T_3 : F : + — P : 0 — C : ++

Pannus : I : 1 — V : 0,5

Le traitement n'est pas encore terminé, mais il est permis d'espérer une vision au moins subnormale.

b) Mabrouk M..., 26 ans, travaillant dans un bureau, porte des verres depuis deux ans, mais accuse une gêne visuelle persistante.

Le 27-4-53 : V OD : 2/10 (avec correction)
V OG : 1/10

Au biomicroscope :

OD : T_3 F . + P : + C : ++
Pannus : I : 1 mm 5 — V : 1 mm
OG : T_3 F : + P : ++ C : +
Pannus : I : 2 mm — V : 1 mm 5
Au Javal, astigmatisme irrégulier, non appréciable.
Le 19-6-1953 : Au biomicroscope :
OD : T_4 F : O P : + C : ++
Pannus : I : 1 mm — V : O
OG : T_4 F : O P : ++ C : +++
Pannus : I : 1 mm — V : O
Au Javal : OD : 105 ± 1
OG : 90° ± 0,75
Acuité visuelle avec correction OD : 7/10
OG : 10/10

Il y aurait un certain réconfort à penser que des milliers d'individus pourraient à l'aide d'un traitement approprié, récupérer la plus grande partie de leur déficit visuel. Mais à ce jour les thérapeutiques demandent aux malades une persévérance qui n'est l'apanage que d'une minorité.

3. — **Le glaucome.**

Il est impossible de se pencher sur le problème de la cécité en ignorant délibérément un de ses plus grands pourvoyeurs, le glaucome, dans sa forme terminale et irrémédiable, le glaucome absolu. Nous voulons parler, bien entendu, du glaucome primitif.

Sur 353 cas de cécité bilatérale, 124 cas de glaucome absolu primitif ont été relevés, soit 35 %, Mixtes : G.A. d'un œil, autre affection de l'autre (xérosis, atrophie) : 23.

Ces chiffres se passent de tout commentaire et disent assez la fréquence de la maladie glaucomateuse dans nos régions.

Comment expliquer cette fréquence ? Cela paraît difficile; ce serait entrer dans le labyrinthe de la pathogénie du glaucome.

R. Nataf écrit : « Dans les pays où sévit le trachome, celui-ci paraîtrait favoriser la fréquence du glaucome. La chose est hors de doute pour les glaucomes secondaires à des leucomes adhérents. Pour les autres, nous penserons qu'il y a plus qu'une simple coïncidence. On ne saurait, semble-t-il, incriminer le processus infectieux lui-même dans la production de l'hypertonie, mais en revanche l'étendue des lésions

limbiques et périlimbiques aux deuxième et troisième stades, sont tout à fait favorables à l'éclosion du glaucome (de WECKER, GUARINO, BAILLIART, TERSON). Il se produit, en effet, un véritable blindage du limbe, comparable à celui obtenu par le colmatage proposé dans l'hypotonie par LAGRANGE ».

Que nos glaucomateux aient tous été porteurs de trachome, cela n'a rien pour nous surprendre. Néanmoins, nous avons voulu chercher d'autres causes prédisposantes, telles que des troubles de la perméabilité capillaire, fréquents chez des individus, par ailleurs carencés, ou des infections de l'uvée, sans rien découvrir de probant.

Les femmes comme dans d'autres pays, sont plus fréquemment atteintes par le glaucome. Mais la précocité de la maladie glaucomateuse nous a particulièrement frappés : il n'est pas rare de voir des glaucomes aigus vers la trentaine. Le problème en est d'autant plus dramatique, la femme d'âge pubère, étant dans nos régions, particulièrement hors de portée du médecin, les procédés empiriques pour calmer les douleurs, (pointes de feu, scarifications) ayant largement le pas sur les procédés thérapeutiques modernes, et la malade n'étant acheminée vers le dispensaire qu'au stade terminal, où la vision du deuxième œil est déjà compromise.

4. — **Autres affections.**

Nous ne les citerons, chiffres à l'appui, qu'à titre documentaire; elles n'ont rien de spécifique au pays.

	Cécité bilatérale	Cécité unilatérale
Rétinites	1	2
Uvéites	3	8
Atrophie optique	2	
Glyome de la rétine	4	
Glaucome infantile	3	
Traumatisme	5	4
Cancer de la conjonctive		2

TABLEAU RECAPITULATIF

	Conjonctivites	Trachome	Glaucome absolu	Mixtes	Divers
Cecité bilatérale ..	147	27	124	37	18
Cécité unilatérale ..	454	17	26		16

HYDERGINE

Maladie hypertensive

Troubles vasculaires périphériques

Insuffisance coronarienne et angine de poitrine

—o—

GOUTTES — TABLETTES SUBLINGUALES — AMPOULES

Laboratoires SANDOZ S.A.R.L.
6, Rue de Penthièvre — PARIS-8e

—o—

DEPOSITAIRE GENERAL :
M. JARMON — 10, Rue d'Espagne - TUNIS

Bronchites - Bronchites aigües et chroniques

Affections des voies respiratoires

CALYPTOPHEDRYL-PENICILLINE

Suppositoires adultes et enfants

LABORATOIRES **NEOTHERAP**, 83 Rue St-Charles — Paris XVe

II

La lutte contre la cécité doit donc, en nos régions, revêtir un double aspect :

— thérapeutique envers des complications déjà installées et qui, négligées, aboutiraient à la catastrophe;

— prophylactique surtout, puisque la responsabilité de l'alliance conjonctivite-trachome est largement démontrée.

A. THERAPEUTIQUE.

1° Des ulcères.

Nous disposons actuellement d'un éventail thérapeutique étendu dans lequel une large place est réservée aux antibiotiques. Il serait donc fastidieux d'énumérer les différentes conduites de traitement.

Nous voudrions seulement insister sur quelques points dont l'importance n'est pas négligeable :

a) Le dépistage précoce de la moindre perte de substance cornéenne. Devant toute conjonctivite particulièrement aiguë, l'examen de la cornée doit être attentif, la moindre érosion peut passer inaperçue. Aussi l'instillation de fluorescéine est-elle particulièrement utile et sera complétée avec bonheur :

— par un examen en lumière de Wood;
— et un examen au biomicroscope.

Ainsi, le moindre dépoli, la moindre infiltration peuvent-ils être dépistés très précocément.

b) Certains examens, devant une ulcération cornéenne, doivent être systématiquement pratiqués :

— La perméabilité des voies lacrymales. On sait quel réservoir de germes représente le système évacuateur des larmes. Aussi lors de l'examen on peut, d'emblée, injecter une solution antibiotique. Mais bien souvent on constatera une oblitération lacrymale : chez les adultes, nous estimons que 60 % des malades que nous avons examinés présentaient une imperméabilité, portant surtout sur le canalicule inférieur. Il est donc primordial de normaliser le transit des larmes.

— La sensibilité cornéenne. L'atteinte trachomateuse de la cornée qui est de règle dans nos régions, provoque une hypoesthésie, sinon une anesthésie de celle-ci, qui conditionne sa mauvaise défense vis-à-vis de l'infection microbienne surajoutée. Aussi nous estimons, que rechercher la sensibilité des cornées atteintes permet bien souvent d'apporter des éléments pronostiques à la marche de l'infection.

— L'examen soigneux du bord ciliaire. Il n'est pas rare de constater une correspondance entre un ulcère et un ou plusieurs cils trichiasiques. Parfois, le trichiasis est particulièrement net, mais bien souvent,

il s'agit de cils épilés qui repoussent, tantôt drus, véritables aiguilles forant la cornée, tantôt atrophiques, blancs, difficiles à observer. Dans ces conditions, l'opération de trichiasis revêt un caractère d'urgence, que l'on soit obligé de procéder à une intervention sanglante sur tout le bord ciliaire ou à une simple électrolyse d'un ou deux cils...

c) Enfin au point de vue thérapeutique, l'occlusion de l'œil atteint d'ulcère de cornée est une nécessité absolue et entre pour plus de la moitié dans l'efficacité d'un traitement.

D'ailleurs, en poussant encore plus loin l'occlusion, la blépharorraphie nous a donné des résultats remarquables dans les ulcérations traînantes. La cicatrisation se fait plus normalement et la perte de substance est généralement plus complétement réparée.

2° — **Des leucomes.**

— Pour les leucomes simples, il est évident que leur situation centrale ou paracentrale seule peut créer une gêne. La dilatation atropinique et la fente sténopéique permettent de décider ou non du bénéfice d'une iridectomie optique. La question du tatouage à l'aide de pigments insolubles est plus discutée. Mais nous pensons avec certains auteurs anglais (Kenneth L. Rikwell, James T. Metzger,, M. John Wilde, W. Kalley et Benjamin F. Edwards) qu'en plus de l'amélioration esthétique, parfois importante au point de vue psychique, le tatouage améliore l'acuité visuelle en diminuant la surface de cornée anormale au travers de laquelle les rayons lumineux se dispersent : la surface tatouée absorbe en quelque sorte ces rayons aberrants.

Au demeurant, le problème des leucomes simples sort du problème de la cécité, tel que nous l'avons posé, puisque une intervention peut permettre à ces cas une récupération visuelle suffisante.

— Autrement délicat, et bien souvent dramatique, se pose le problème des leucomes adhérents sur lesquels pèse la menace de l'hypertonie secondaire. Tout est fonction du siège de l'ulcère et de l'importance de la synéchie irido-cornéenne. Tel leucome adhérent de moyenne importance, mais périphérique restera des années sans provoquer de glaucome, alors que tel autre, petit et para-central, déterminera rapidement des poussées douloureuses d'hypertension.

Quelle conduite tenir ? C'est affaire de cas d'espèces :

Doit-on agir sur la cause de l'hypertension, c'est-à-dire rompre la synéchie ? Si elle est unique et petite, la synéchiotomie a des chances de réussir. Mais dès qu'elle est de quelque importance, c'est un geste inutile; la synéchie aura repris sa place le lendemain. Bien entendu, s'il y a déjà hypertension secondaire, même si la synéchie est de peu d'importance, la synéchiotomie est déjà insuffisante, car la maladie glaucomateuse a déjà de fortes chances de s'être installée.

Aussi, nous pensons qu'il faut donner les choix aux opérations fistulisantes, et encore sans trop en espérer.

La kératoplastie, lorsqu'elle est possible, est évidemment le procédé de choix, et certains auteurs ont obtenu des résultats remarquables (Rais). Malheureusement ses conditions d'application en font un procédé d'exception.

— Toutes ces méthodes ne sont que des pis-aller qui essaient tout au plus de réduire les dégâts sur un œil déjà atteint. La lutte contre la cécité doit être avant tout et presqu'exclusivement prophylactique.

B. PROPHYLAXIE.

1° — Du nouveau-né et de l'enfant.

Si trachome et conjonctivite sont des affections de tous les âges, c'est cependant avant tout dès l'enfance que les mesures prophylactiques doivent s'exercer. De nombreux aveugles que nous avons examinés faisaient remonter, avec plus ou moins de précision, leur cécité à l'enfance. C'est ainsi, que sur un lot de 73 ulcères perforés, nous en trouvons :

4 chez des enfants de moins d'un an;
21 chez des enfants de 1 à 3 ans;
12 chez des enfants de 3 à 8 ans;
7 chez des enfants de 8 à 15 ans.
soit 54 chez des moins de 15 ans.

— Dès la naissance, il faut donc surveiller l'enfant. Et par conséquent, multiplier assistantes sociales, infirmières visiteuses, gouttes de lait. Il serait même nécessaire que les bureaux d'état-civil signalent au médecin ophtalmologiste du secteur toute nouvelle naissance afin qu'une infirmière visiteuse puisse se rendre auprès du nouveau-né. Car il est à peu près certain que dès les premiers jours de son existence l'enfant est contaminé dans nos régions et de bien des manières différentes et concommittantes, d'ailleurs : lors de l'accouchement, pratiqué la plupart du temps par des matrones, dans des conditions d'hygiène que l'on devine, — par les linges de la mère, par le khôl, etc...

— Lors des consultations de nourrissons ou dans les gouttes de lait, la même infirmière s'occuperait spécialement de l'état oculaire des nourrissons, et en sus des traditionnelles boîtes de lait, on pourrait distribuer aux mères de petits tubes de pommade d'antibiotiques (auréomycine ou terramycine) en expliquant la manière de s'en servir.

— La collaboration entre l'ophtalmologie et la médecine générale devrait également se faire plus étroite. Dans nos régions, les maladies infectieuses et autres sont très fréquemment accompagnées d'atteintes oculaires graves : rougeole, hypothrepsie, etc... La mère, bien souvent lasse d'avoir attendu son tour lors des consultations surchargées, a rarement la persévérance d'aller du dispensaire de médecine générale au dispensaire ophtalmologique. Pourquoi, le même infirmier qui exécuterait le traitement général, ne serait-il pas susceptible d'appliquer

NEUTRAPHYLLINE

DÉRIVÉ SOLUBLE · STABLE · NEUTRE de la THÉOPHYLLINE

AMPOULES	COMPRIMÉS	SUPPOSITOIRES	FLACONS AÉROSOLS
3 cm3 = 30 cg.	15 cg	ADULTES : 40 cg. ENFANTS : 15 cg.	25 cm3 à 7 %

ET

ASSOCIATIONS

COMPRIMÉS — SUPPOSITOIRES

NEUTRAPHYLLINE AU PHÉNOBARBITAL

NEUTRAPHYLLINE-PAPAVÉRINE-PHÉNOBARBITAL

NEUTRAPHYLLINE - ASPIRINE - PHÉNOBARBITAL

DOCUMENTATION ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

LABORATOIRES HOUDÉ
9, RUE DIEU, PARIS (Xe) - NOR 40-58

TOUTES FORMES REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

273

TUNISIE : SPECIMEDHY 37, Rue d'Isly — TUNIS

CORTINE NATURELLE

AMPOULES
"20 g. et 125 g."
DRAGÉES
SUPPOSITOIRES

LAROCHE-NAVARRON

63 RUE CHAPTAL
LEVALLOIS - SEINE - PER. 61-35

une pommade ophtalmique et de diriger les cas graves vers le médecin ophtalmologiste ?

— Evidemment lorsqu'on sait la difficulté qu'il y a parfois à ouvrir les paupières d'un nourrisson, cette solution peut sembler aléatoire. Mais les blépharospasmes signalent déjà la présence d'une infection et l'obligation d'envoyer le nourrisson vers un ophtalmologiste, ou lorsqu'il n'y en a pas sur place vers un infirmier spécialisé. Car il y a danger. Et nous pensons à ces quatres cas d'ulcères perforés qui, pendant 15 jours, avaient reçu une instillation quotidienne d'un collyre quelconque dans un dispensaire rural de médecine générale, sans qu'on se soit aperçu que la cornée était gravement atteinte.

On voit que le stage obligatoire d'ophtalmologie n'est pas un luxe dans les écoles d'infirmiers et qu'en matière de nourrissons et de première enfance, la multiplication des gouttes de lait et de personnel féminin pouvant pénétrer dans les foyers, est un impératif formel; le bénéfice n'en sera d'ailleurs pas seulement oculaire.

2° — A l'école.

Le dépistage systématique dans les écoles est déjà pratiqué depuis de longues années, ainsi que le traitement des cas les plus sérieux, et les plus contagieux. Depuis cette année, dans le cadre de la Campagne Internationale contre les maladies oculaires, la lutte anti-trachomateuse et anti-rmad dans le domaine scolaire est rentrée dans une phase encore plus active, grâce aux moyens et au personnel mis à la disposition des ophtalmologistes. Il faut espérer que cet effort ne se limitera pas dans le temps aux deux années dévolues à cette lutte. Car, c'est seulement à l'école, dans nos régions, que les enfants peuvent être régulièrement suivis et traités pendant plusieurs années consécutives. Mais, parallèlement aux soins oculaires, le personnel enseignant devrait être en mesure d'assurer un minimum d'éducation sanitaire. Les enfants d'aujourd'hui, auront demain un foyer auquel ils pourront apporter les quelques notions élémentaires d'hygiène qui font totalement défaut, encore maintenant.

Enfin, il faudrait qu'un infirmier soit détaché en permanence dans les zaouias, si nombreuses dans le Sud : la promiscuité et l'absence totale d'hygiène de ces « internats » en font des foyers permanents de propagation des maladies oculaires.

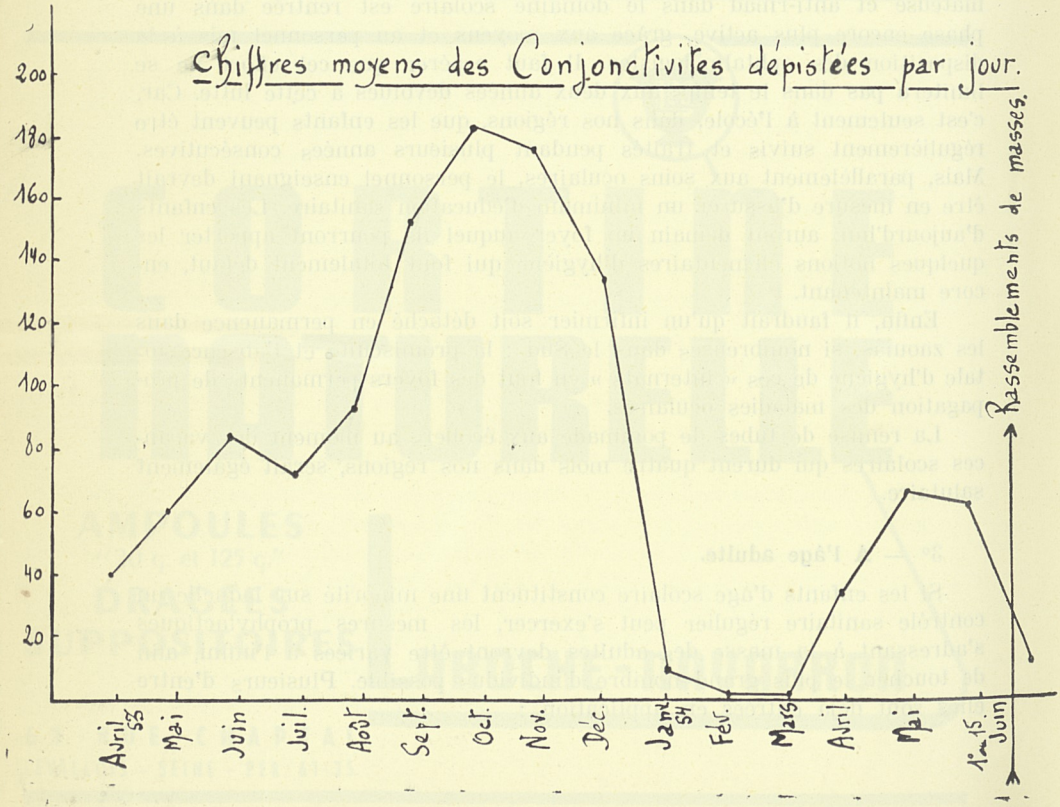
La remise de tubes de pommade aux écoliers au moment des vacances scolaires qui durent quatre mois dans nos régions, serait également salutaire.

3° — A l'âge adulte.

Si les enfants d'âge scolaire constituent une minorité sur laquelle un contrôle sanitaire régulier peut s'exercer, les mesures prophylactiques s'adressant à la masse des adultes devront être variées à l'infini, afin de toucher le plus grand nombre d'individus possible. Plusieurs d'entre elles sont déjà entrées en application :

a) **Les Campagnes anti-rmad** qui se sont déroulées depuis trois ans sur tout le territoire tunisien au moment des épidémies saisonnières du printemps et de l'automne, ont eu un effet certain dont il est encore trop tôt peut-être pour mesurer toute la portée. Dans le Djérid, nous n'avons pas observé depuis septembre 1951 de ces épidémies massives de conjonctivites qui frappaient plusieurs milliers d'individus chaque année. En tout cas les campagnes anti-rmad ont eu un résultat éducatif certain : le malade atteint de conjonctivite aiguë sait qu'il peut être guéri rapidement grâce aux antibiotiques dont nous disposons et hésite moins longtemps avant de prendre le chemin du dispensaire.

b) **Les rassemblements de masses organisés** dans le cadre de la Campagne Internationale contre les maladies oculaires. Ils consistent à grouper en des points choisis à l'avance le plus grand nombre possible d'individus et à leur appliquer deux fois par jour une pommade antibiotique, pendant trois jours consécutifs. Cette méthode qui s'adresse aussi bien aux gens sains en apparence qu'aux malades, a l'avantage de stériliser les porteurs de germes, et l'assiduité dont les populations ont fait preuve nous permet d'en attendre des résultats positifs dans l'avenir. Sans doute est-il encore trop tôt pour en tirer des conclusions, mais on peut malgré tout en donner un aperçu en considérant le nombre des conjonctivites dépistées et traitées à Tozeur, avant et après ces rassemblements de masses :



c) **Le groupe mobile anti-rmad** a fait l'objet d'un article détaillé du Dr Rais et a fait ses preuves lors d'une épidémie de conjonctivites survenue en 1952 à Ben Gardane. Là encore, la présence d'une assistante sociale dans sa composition est primordiale. Pour une conjonctivite soignée au dispensaire, combien en existe-t-il, particulièrement chez les femmes et les enfants en bas âge dans la même famille, qui sont négligées ?... Et en matière de conjonctivites gonococciques on imagine quels réservoirs de germes cela représente et quels dangers d'épidémies « explosives ». C'est pourquoi, dès l'apparition de conjonctivites graves, compliquées, dans une région, l'envoi d'un pareil groupe mobile peut-il rendre les plus grands services.

— Mais avant toutes choses, nous estimons qu'il faut éduquer le grand public. C'est ainsi qu'au Maroc, des infirmiers installés aux Souks ou sur les places publiques enseignent à l'aide de tableaux schématiques la manière de se servir d'un tube de pommade ou d'un collyre et distribuent des médicaments gratuitement ou moyennant une somme très modique. On pourrait ainsi suivre cet exemple pendant un certain temps, et ensuite autoriser certains commerçants ou débitants de tabac à vendre pour une faible somme des petits tubes de pommade. Ainsi, dans les douars éloignés des dispensaires, les gens pourraient-ils bénéficier de soins en attendant la tournée périodique du médecin ophtalmologiste ou de l'infirmier itinérant.

4° — **Les nomades.**

L'expérience que nous en avons, nous permet de dire qu'ils sont en général (nous parlons de ceux qui passent régulièrement dans nos régions) peu atteints par le trachome. A leur arrivée dans une agglomération, ils sont indemnes de toute maladie oculaire, mais dans les jours qui suivent, présentent des conjonctivites particulièrement aiguës et sensibles aux traitements, quels qu'ils soient. Ces nomades, une fois atteints et se déplaçant d'oasis en oasis pour la récolte des dattes peuvent donc jouer un rôle de vecteurs dont on ne peut se désintéresser. Il serait donc utile que leur arrivée et leur départ soient signalés par les autorités locales au médecin ophtalmologiste qui, à son tour, pourrait envoyer dans les campements un infirmier compétent pour dépister, traiter les malades atteints de conjonctivites et diriger les cas graves vers le dispensaire. Mais il y a, avant tout, un problème administratif à résoudre : nous l'avons signalé et il mérite d'être résolu si l'on sait que plusieurs milliers de nomades, chaque année, passent d'une région à l'autre.

5° — **Lutte contre les mouches.**

Dans ce domaine tout est à faire. Nous ne reviendrons pas sur le rôle primordial de ces propagateurs de germes : son importance n'a d'ailleurs pas échappé aux organisateurs de la Campagne Internationale

contre les maladies oculaires puisque la lutte contre ces insectes est incluse au programme de cette campagne.

Mais il s'agit une fois de plus, d'éducation sanitaire. Car, il ne servira de rien de pulvériser des tonnes d'insecticides si l'on ne détruit pas les lieux de ponte et d'éclosion des mouches. L'efficacité de l'insecticide se fera sentir sans doute pendant un certain laps de temps, passé lequel, on assistera de nouveau aux invasions habituelles. Aussi, à première vue, l'entreprise semble démesurée : Il faudra en effet, lutter pour un enlèvement rapide et régulier des détritus et ordures ménagères, pour le nettoyage et la désinfection des abattoirs ruraux, pour la construction rationnelle et abritée de lieux d'aisance dans chaque foyer, contre l'engraissement des terres par les excréments humains à l'état brut, etc... C'est assez dire que c'est une œuvre de longue haleine, et qui doit être entreprise avant tout à l'école par l'éducation sanitaire des jeunes générations.

III

Enfin, ceux qui sont emmurés vivants dans leur cécité ne méritent pas l'abandon dans lequel ils sont laissés. Une action en leur faveur ne doit pas se limiter à l'octroi symbolique d'une canne blanche. Dans nos régions on pourrait envisager deux sortes de mesures :

a) Une école où serait enseignée la méthode de Braille. La preuve a été largement faite que l'aveugle peut accéder à de nombreuses professions. Sans aller aussi loin, pour commencer, on pourrait au moins faire bénéficier les jeunes aveugles d'un enseignement primaire. Le problème le plus délicat serait évidemment le recrutement du personnel enseignant spécialisé.

b) Une école artisanale. On connaît l'œuvre accomplie en France par certaines Institutions (Institution Valentin Hauy, Société des Ateliers d'Aveugles). Nous estimons que les méthodes employées là-bas pourraient facilement être adoptées localement. On pourrait ainsi, créer des ateliers de tissage de burnous, de couvertures, etc.. ou de travaux de vannerie.

Il ne s'agit là, certes, que de suggestions calquées étroitement sur les expériences faites ailleurs. Il faut avant tout essayer de donner à l'aveugle une vie aussi normale que possible, en lui évitant l'humiliation de la mendicité, en l'orientant au maximum de ses capacités individuelles.

CONCLUSION

Un recensement des aveugles dans la région du Djérid a fait apparaître une proportion d'aveugles considérable, évaluée à près de 1 % de la population (chiffre minimum).

A l'association conjonctivite-trachome revient la plus grosse responsabilité dans la génèse de ces cécités (48 %), mais le glaucome apporte aussi une contribution importante (35 %).

Aussi la lutte contre la cécité dans nos régions, en dehors de sa forme thérapeutique, doit-elle être avant tout prophylactique et agir sur les masses à partir de l'âge scolaire. Les efforts accomplis actuellement doivent être poursuivis longtemps.

Enfin, il est indispensable de se préoccuper des aveugles qui, jusqu'à maintenant, ont été pratiquement abandonnés à leur sort.

BIBLIOGRAPHIE

P. BAILLIART et A. MAGITOT — Manuel d'Ophtalmologie.

P. BEC : Compte-rendu d'un voyage d'études au Maroc - R.I.T. 1954, n° 1.

BELLOWS J. C. — Traitement moderne des infections oculaires. Am. Journ. Of. Opht., Janvier 50.

ELLIOT R. H. — Ophtalmologie tropicale.

GIONER I. — The physicians's opportunity in préventive ophtalmology, AM. Journ. Of. Opht. Vol, 35, n° 9, sept. 52.

HALBROW P., LEPAGE E., LECOMTE C., Mlle MAWAS — Essai de prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés par la pénicilline — Annales d'Oculistiques - Tome 181, n° 11, nov. 1948.

KELLER P. — De la Cécité au Tonkin, Archives d'ophtalmologie, n° 3-4, 1941-42.

MAXWELL-LYONS — Le double problème de la conjonctivite aiguë et du trachome en Egypte, R.I.T., n° 3, 1953.

NATAF et CUENOD — Prophylaxie nationale et internationale du trachome. Revue d'hygiène I, III, janv. 1931.

NATAF R. — Le trachome.

PAGES — Rôle des conjonctivites aiguës dans l'évolution du trachome. R.I.T., 1951, n° 1 bis.

RAIS H. — De la prophylaxie de la cécité en Tunisie, R.I.T., 1949, n° 3.

RAIS H. — La campagne anti-rmad et son corollaire, le groupe mobile anti-rmad — « La Tunisie Médicale », juin 1953.

REDSLOB E. — Les causes de la cécité il y a 20 ans et aujourd'hui. Annales d'oculistique, tome 181, n° 9, sept. 1942.

SEDAN J. — Recherches et réflexions sur la sensibilité de la cornée trachomateuse - R.I.T., 1950, n° 3.

TOULANT, LARMANDE, Mlle TOULANT — Traitement des ulcères cornéens chez les trachomateux. L'année thérapeutique en ophtalmologie, t. III.

Quand vous pensez "sulfamide"...

Vous pensez : polyvalence

La Gantrisine exerce une action marquée non seulement sur les agents responsables des infections urinaires : colibacilles, proteus, entero ques, streptocoques... mais encore sur de nombreux autres germes (méningocoques, pneumocoques, gonocoques, staphylocoques...).

Vous pensez : solubilité

La Gantrisine est soluble même en milieu légèrement acide, ce qui permet d'obtenir rapidement une haute concentration sanguine et urinaire sans aucun risque de cristallurie.

Vous pensez : tolérance

La Gantrisine se localise exclusivement dans les liquides extra-cellulaires. Elle n'altère pas les parenchymes rénaux et hépatiques. Elle n'entraîne aucune intolérance gastrique ni aucun accident urinaire.

GANTRISINE
"ROCHE"

omprimés à 0,50 g
Tube de 20

Sirop à 0,5 g par cuill. à café
Flacon de 100 cm³

Ampoules de 5 cm³ à 2 g
Boite de 3

Collyre à 4 %
Flacon compte-gouttes de 10 cm³

PRODUITS "ROCHE" S. A. 10, RUE CRILLON - PARIS-4e

Statistiques des tumeurs malignes diagnostiquées au laboratoire d'anatomie pathologique de l'Institut Pasteur de Tunis au cours des années 1950-1951 et 1952

par Mme A. GORDEEFF (1)

—o—

Le laboratoire d'anatomie-pathologique de l'Institut Pasteur de Tunis a diagnostiqué du 1er janvier 1950 au 1er janvier 1953 : **1.248 tumeurs malignes.**

Ces tumeurs malignes se répartissent de la manière suivante :

Européens : 347; Musulmans : 802; Israélites : 69. Indéterminés : 30

I. — VARIETES HISTOLOGIQUES.

1) **Epithéliomas** : Total 1.067.

Européens : 320; Musulmans : 663 et Israélites : 54. Indéterminés : 30

2) **Sarcomes** : total 131.

Européens : 20; Musulmans : 102 et Israélites : 9.

3) **Mélanoblastomes malins** : total 20.

Européens : 5; Musulmans : 13; Israélites : 2 et 1 indéterminé.

4) **Maladie de Hodgkin** : total 18.

Européen : 1; Musulmans : 15; Israélites : 2.

5) **Tumeurs mixtes** : total 21.

Européens : 6 Musulmans : 14; Israélite : 1.

6) **Tumeurs embryonnaires** : total 8

Musulmans : 9; Israélite : 1;

7) **Tumeurs nerveuses** : total 47.

Européens : 7; Musulmans : 34; Israélites : 4 et 2 indéterminés.

---

(1) Nous avons adopté la classification utilisée par Mme J. MUSSINI-MONTPELLIER pour ses statistiques des tumeurs malignes (Bulletin Algérien de Carcinologie).

II. LOCALISATIONS ANATOMIQUES

1) APPAREIL DIGESTIF — TOTAL : **96**
dont : Européens : 24; Musulmans : 67; Israélites : 4; Indéterminé : 1

LOCALISATIONS :

Œsophage : 6.

Européen : 1 (H. 1); Musulmans : 5 (H. 5).

Estomac : 32

Européens : 10 (H. 5, F. 5); Musulmans : 19 (H. 19); Israélites : 2 (H. 1, F. 1); 1 indéterminé.

Intestin : 14.

Grêle : 4.
Européen : 1 (F. 1); Musulmans : 3 (H. 3).
Gros intestin : 10.
Européens : 5 (H. 4, F. 1); Musulmans : 5 (H. 3, F. 2).

Rectum : 44.

Européens : 7 (H. 2, F. 5); Musulmans : 35 (H. 31, F. 4). Israélites : 2 (H. 2).

2) GLANDES ANNEXES DU TUBE DIGESTIF — TOTAL : **62**
dont : Européens : 15; Musulmans : 46; Israélite : 1.

LOCALISATIONS :

Glandes salivaires : 32.

Européens : 7 (H. 4, F. 3); Musulmans : 24 (H. 16, F. 8); Israélite : 1 (H. 1).

Foie : 24.

Européens : 4 (H. 3, F. 1); Musulmans : 20 (H 17, F. 3).

Voies biliaires : 3.

Européens : 3 (H. 1, F. 2).

Pancréas : 3.

Européen : 1 (F. 1.); Musulmans : 2 (H. 2).

3) VOIES AERO-DIGESTIVES SUPERIEURES — TOTAL : **334**
dont : Européens : 82; Musulmans : 236; Israélites : 14; 2 indéterminés

LOCALISATIONS :

Fosses nasales : 19.

Européens : 3 (H. 3); Musulmans : 15 (H. 11, F. 4); Israélite : 1 (F. 1).

Pharynx : 17.

Européens : 5 (H. 4, F. 1); Musulmans : 10 (H. 10); Israélites : 2 (H. 2).

Cavum: 23.

Européens : 2 (H. 2); Musulmans : 38 (H. 35, F. 3); Israélites : 2 (H. 1, F. 1).

Larynx : 112.

Européens : 34 (H. 33, F. 1); Musulmans : 74 (H. 67, F. 7), Israélites : 4 (H. 2, F. 2).

Amygdales : 13.

Européens : 5 (H. 5); Musulmans : 6 (H. 6); Israélite : 1 (H. 1); 1 indéterminé.

Maxillaires : 30.

Européens : 2 (F. 2); Musulmans : 27 (H. 19, F. 8); Israélite : 1 (H. 1).

Langue : 45.

Européens : 16 (H. 14, F. 2); Musulmans : 28 (H. 22, F. 6); Israélite : 1 (H. 1).

Lèvres, gencives et palais : 56.

Européens : 15 (H. 13, F. 2); Musulmans : 38 (H. 28, F. 10); Israélites : 2 (H. 2); 1 indéterminé.

4) POUMONS — TRACHEE — TOTAL : **13**

dont : Européens : 8 (H. 6, F. 1 et 1 indéterminé) Musulmans : 5 (H. 5).

5) ORGANES GENITAUX DE LA FEMME — TOTAL : **207.**

dont : Européennes : 81; Musulmanes : 103, Israélites : 15 et 8 indéterminées

LOCALISATIONS :

Utérus : 156 dont 120 cols et 36 corps.

Corps : 36.

Européennes : 17; Musulmanes : 15; Israélites : 8 et 1 indéterminée.

Col : 120.

Européennes : 45; Musulmanes : 62; Israélites : 9 et 4 indéterminées.

Vagin : 6.

Européennes : 4; Musulmanes : 2.

MÉDICATION
BIO-ÉNERGÉTIQUE
COMPLÈTE



ÉTATS DÉPRESSIFS
USURE ORGANIQUE
NEURO-ARTHRITISME

RÉSULTAT IMMÉDIAT
INNOCUITÉ ABSOLUE

ÉCHANTILLONS ET LITTERATURE : LABORATOIRES "LA BIOMARINE", DIEPPE

AGENT GÉNÉRAL POUR LA TUNISIE : Ets NOTE, 61, avenue Garros, TUNIS — Tél. : 97.090

Vulve : 12.

Européennes : 4; Musulmanes : 6; Israélite : 1 et 1 indéterminée.

Ovaires : 30.

Européennes : 11; Musulmanes : 16 (dont 1 seminome et 1 dysgerminome); Israélite : 1 et 2 indéterminées.

Trompe : 1 Israélite.

Placenta : 2 Musulmanes.

6) ORGANES GENITAUX DE L'HOMME — TOTAL : **28**

dont Européens : 5; Musulmans : 19; Israélites : 3 et 1 indéterminé

LOCALISATIONS :

Prostate : 13.

Européens : 2; Musulmans : 9; Israélite : 1; 1 indéterminé.

Testicules : 13.

Européen : 3; Musulmans : 9; Israélite : 1.

Cordon spermatique : 1.

Israëlite : 1.

Verge : 1.

Musulman : 1.

7) SEIN — TOTAL : **142**

Européens : 50, dont 50 femmes (dont une tumeur myoépithélia. le;

Musulmans : 73, dont un homme et 72 femmes (dont 2 sarcomes);

Israëlites : 9, dont 9 femmes; Indéterminés : 10.

8) APPAREIL URINAIRE TOTAL : **52**

dont : Européens : 26; Musumans : 18; Israëlites : 5 et 3 indéterminés.

LOCALISATIONS :

Reins : 25.

Européens : 9 (H. 7, F. 2); Musulmans : 11 (H. 6, F. 5); Israëlites : 2 (H. 2);

3 indéterminés.

Vessie: 27

Européens : 17 (H. 12, F. 5); Musulmans : 7 (H.6, F.1); Israëlites : 3 (H.3).

9) PEAU — TOTAL GENERAL : **89** (dont 7 sarcomes).

Européens : 25, dont 18 hommes et 7 femmes;
Musulmans : 62, dont 44 hommes et 18 femmes;
Israëlites : 4, dont 3 hommes et 1 femme;
et 1 indéterminé.

LOCALISATIONS :

Face : 42.

Européens : 11 (H. 8, F. 3); Musulmans : 29 (H. 24, F. 5); Israëlites : 2 (H. 2).

Cuir chevelu : 10.

Européens : 2 (F. 2); Musulmans : 7 (H. 5, F. 2); Israëlite 1 (H. 1).

Cou : 3.

Musulmans : 3 (H. 2, F. 1).

Membres supérieurs : 3.

Européen : 1 homme; Musulmans : 2 hommes.

Membres inférieurs : 11.

Européens : 1 homme; Musulmans : 9 (H. 4, F. 5); Israëlite : 1 femme.

Tronc : 11.

Européens : 6 (H. 5, F. 1); Musulmans : 5 (H. 4, F. 1).

12 tumeurs sans localisation déterminée :

Européens : 4 (H. 2. F. 2); Musulmans : 7 (H. 6. F. 1) et 1 indéterminée.

10) GLANGLIONS LYMPHATIQUES — TOTAL : **88**

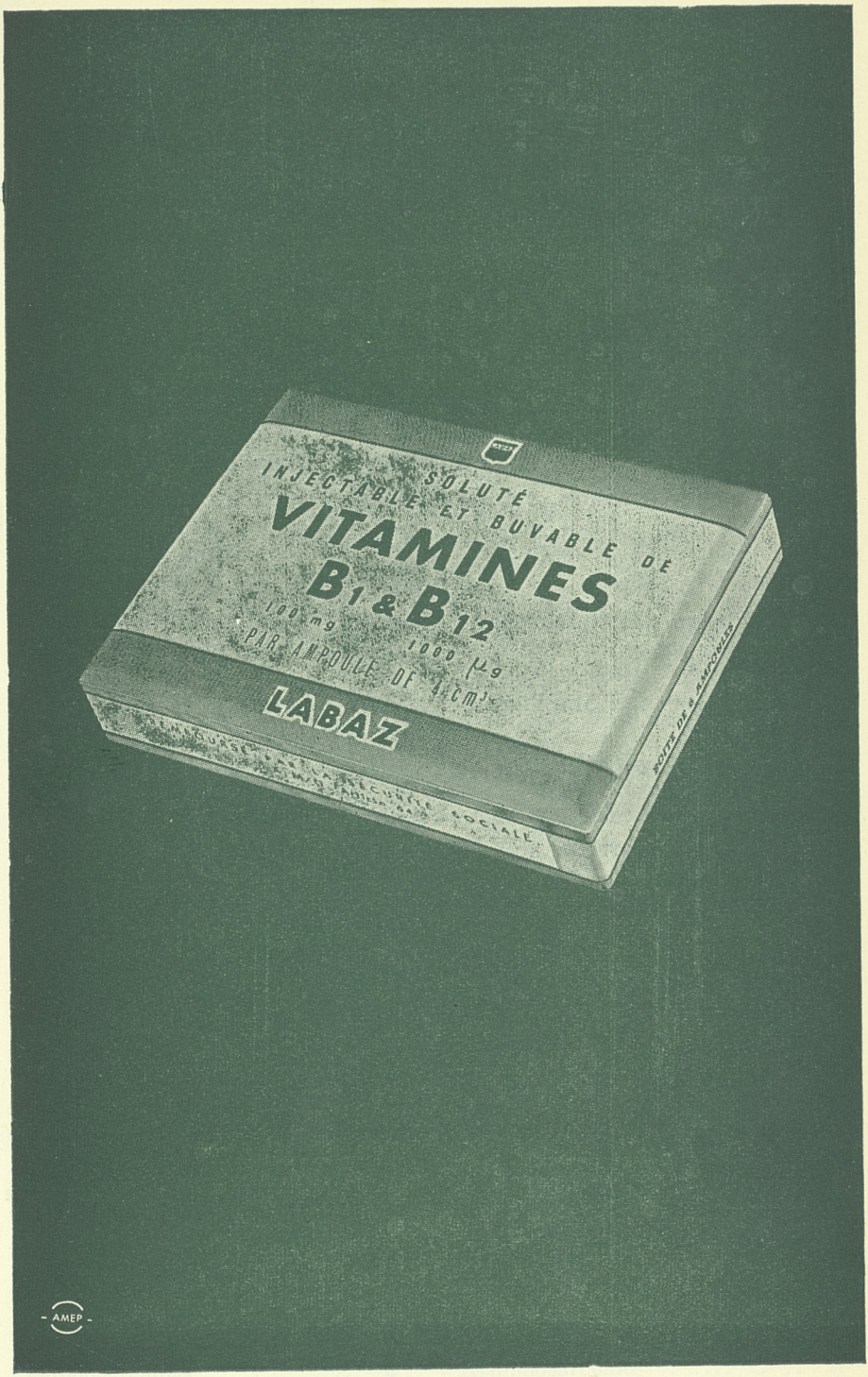
Européens : 13 (H.10, F.3); Musulmans : 70 (H. 54, F. 16); Israëlites : 4 (H. 3, F. 1); et 1 indéterminé.

Dont :

Epithéliomas secondaire : 43.
Tumeurs primitives : 45.

Epithéliomas secondaires : 43.

Européens : 6 (H. 5, F. 1); Musulmans : 36 (H. 25, F. 11) et 1 indéterminé.



TUNISIE : Ets Note — 61, Av. Garros — TUNIS — Tél. 97.090

Sarcomes : 23.

Européens : 4 (H. 2, F. 2); Musulmans : 17 (H. 13, F. 4); Israélites : 2 hommes.

Hodgkin : 18.

Européen : 1 homme; Musulmans : 15 (H. 14, F. 1); Israélites : 2 (H. 1, F. 1).

Leucémies : 4.

Européens : 2 hommes; Musulmans : 2 hommes.

11) GLANDES ENDOCRINES — TOTAL : **16.**

Européens : 3 (H. 2, F. 1); Musulmans : 11 (H. 7, F. 4.)

Israélite : 1 femme et 1 indéterminée.

dont :

Thyroïde : 12.

Européen : 1; Musulmans : 9; Israélite : 1 et 1 indéterminé.

Surrénale : 4.

Européens : 2; Musulmans : 2.

12) ŒIL — TOTAL : **41**

dont : Européens : 6 (H. 2, F. 3 et 1 sexe indéterminé);

Musulmans : 29 (H. 18, F. 11); Israélites : 3 (H. 2, F. 1) et 3 indéterminés.

13) O S TOTAL : **49**

Tumeurs secondaires : 8.

Européens : 3 hommes; Musulmans : 4 (H. 3, F 1); Israélite : 1 femme.

Sarcomes : 23.

Européens : 2 (H. 1, F. 1); Musulmans : 21 (H. 16, F. 5).

Epithéliomas (maxillaire) : 18.

Européens : 2 femmes; Musulmans : 15 (H. 8, F. 7); Israélite : 1 homme.

III. ORDRE DE FREQUENCE DE CES DIFFERENTES TUMEURS MALIGNES

A) FREQUENCE DES ÉPITHELIOMAS D'APRES LEUR LOCALISATION.

Européens		Musulmans		Israélites	
Utérus	60	Larynx	74	Utérus	12
Sein	50	Utérus	73	Sein	9
Larynx	34	Sein	71	Peau	4
Peau	25	Peau	54	Larynx	4
Langue	16	Lèvres	37	Vessie	3
Lèvres	15	Ganglions lymphatiques	36	Rectum	2
Vessie	15	Cavum	35	Pharynx	2
Ovaires	11	Langue	28	Cavum	2
Estomac	9	Glandes salivaires	24	Lèvres	2
Reins	9	Maxillaires	23	Œil	2
Glandes salivaires	7	Estomac	18	Thyroïde	1
Poumon trachée	7	Foie	18	Reins	1
Ganglions lymphatiques	6	Œil	17	Testicules	1
Rectum	6	Rectum	16	Prostate	1
Amygdales	5	Anus	15	Ovaires	1
Pharynx	5	Fosses nasales	14	Vulve	1
Gros intestin	5	Ovaires	14	Langue	1
Foie	4	Pharynx	10	Maxillaires	1
Œil	4	Prostate	9	Amygdales	1
Vagin	4	Reins	8	Glandes salivaires	1
Vulve	4	Thyroïde	8	Estomac	1
Fosses nasales	3	Testicules	7		
Testicules	3	Vessie	7		
Voies biliaires	3	Amygdales	6		
Cavum	2	Œsophage	5		
Maxillaires	2	Poumon	5		
Prostate	2	Vulve	5		
Surrénale	2	Gros intestin	4		
Thyroïde	1	Surrénale	2		
Verge	1	Vagin	2		
Pancréas	1	Pancréas	2		
Anus	1				
Œsophage	1				

B) FREQUENCE DES SARCOMES D'APRES LEURS VARIETES HISTOLOGIQUES.

Total : 80

Européens		Musulmans	
Lymphosarcomes	6	Lymphosarcomes	27
Myosarcomes	5	Réticulosarcomes	19
Fibrosarcomes	2	Fibrosarcomes	9
Ostéosarcomes	1	Ostéosarcomes	9
		Myosarcomes	2

CALCIUM CORBIÈRE Buvable

LABORATOIRES CORBIÈRE 27, RUE DES RENAUDES PARIS 17e

VITAMINÉ C.D & PP

AMPOULES DE 10cc
BOITE DE 8 AMPOULES
COFFRET DE 24

Sucré, aromatisé au citron
Remboursé par la S.S.

1 à 3 ampoules par jour

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

DOCTEUR . . .
à vos Dyspeptiques,
vos Insuffisants pancréatico-biliaires,
vos Ulcéreux,
à tous vos Malades qui digèrent ou assimilent mal
PRESCRIVEZ :

PANCREAL
KIRCHNER

Complexe d'extraits pancréatiques dégraissés et purifiés suractivés par des ferments digestifs (diastases)

Contient 100 % d'éléments actifs (ni sucre, ni cacao, ni fécule)

POSOLOGIE : 3 à 4 COMPRIMES APRES LES REPAS

Catégorie B des Assurances Sociales — Echantillon sur demande

Laboratoires du Dr KIRCHNER - 24 bis, Rue de Verdun, STRASBOURG (Bas-Rhin)

Pouvons-nous atténuer la douleur post-opératoire dans l'amygdalectomie ?

Article original, par le Dr Pierre-Louis Klotz,
Ancien interne des Hôpitaux de Paris, Chef de Clinique à la Faculté

——o——

L'amygdalectomie chez l'adolescent et chez l'adulte possède la réputation fâcheuse d'une intervention suivie de douleurs insupportables. Que le malade ait été endormi, ou qu'il ait été opéré sous anesthésie loco-régionale, comme nous continuons à le faire presque tous en France, la cicatrisation des loges amygdaliennes est toujours douloureuse : la souffrance, aggravée par la moindre tentative de déglutition, met constamment à l'épreuve la patience et la résignation du malade. Beaucoup de sujets refusent de se laisser opérer pour cette unique raison, et. même lorsque l'indication de l'amygdalectomie est indiscutable, la crainte de la douleur post-opératoire retarde indéfiniment leur consentement.

Le spécialiste a le devoir de tout tenter pour atténuer le plus possible cette douleur post-opératoire. La plupart des sujets opérés sous anesthésie locale reconnaissent en général que l'opération en elle même a été presque indolore, ils gardent un plus mauvais souvenir des 2 ou 3 jours suivants que de l'acte opératoire proprement dit. Nous avons souvent remarqué que les malades opérés sous narcose souffrent davantage que les autres, sans doute parce que rien n'atténue localement leur douleur au moment du réveil : au contraire les efforts nauséeux provoquent des élancements particulièrement pénibles.

De nombreuses tentatives d'anesthésie-retard ont été faites en Amérique par Penn, par Davidson et ses collaborateurs. Le produit utilisé, spécialisé sous le nom d'Efocaïne, est une solution stable, non huileuse, de procaïne et d'aminobenzoate de butyle. Cette solution ne doit pas servir à l'anesthésie opératoire proprement dite, car l'injection est douloureuse et l'action anesthésiante est trop longue à venir. On pratique donc l'injection en fin d'intervention, vérification de l'hémostase terminée. La quantité de liquide à injecter doit être minime, un peu plus de un centicube au maximum pour chaque côté.

Cette méthode a été expérimentée par Torrès, en Argentine, par Bourgeois et Métais, en France.

Les résultats sont assez contradictoires suivant les auteurs : excellents, pour Penn, parfaitement équivoques, pour Davidson. Certains opérés se déclarent très satisfaits , d'autres ont souffert comme si l'on n'avait rien fait. Parfois, on n'a injecté que d'un seul côté, et c'est

précisément le côté dont l'opéré s'est plaint le plus... D'autre part, la méthode ne serait pas inoffensive, certains accidents ont été observés.

Pour le moment, nous devons réserver notre jugement, tout en souhaitant que l'anesthésie-retard soit mise au point dans un avenir proche.

L'anesthésie locale traditionnelle restant, au moins pour l'instant, notre meilleure ressource, comment faire pour atténuer le plus possible la souffrance de l'opéré ?

La meilleure manière de rendre la cicatrisation rapide et supportable consiste, bien entendu, à opérer avec des gestes doux et mesurés en évitant toute manœuvre d'arrachement ou de dilacération, en respectant scrupuleusement les piliers, la luette et le fond de la loge. Les suites d'amygdalectomie sont toujours plus pénibles lorsque l'opération a été rendue difficile par l'enchâtonnement ou par les adhérences.

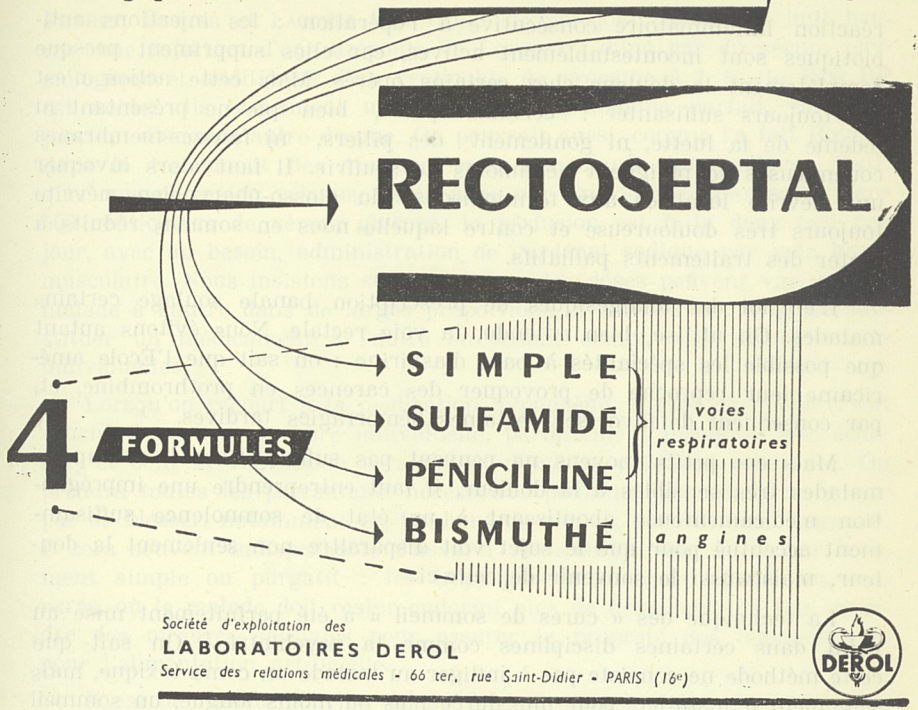
Nous conseillons toujours de faire boire le patient sous nos yeux, juste avant de quitter la salle d'opération : la déglutition d'un verre d'eau est indolore et facile, puisque le malade se trouve encore sous l'effet de l'anesthésie. Ce geste, qui paraît sans importance, présente en réalité un grand intérêt. L'opéré aura peut-être moins soif dans les heures à venir, mais surtout, il aura pu se persuader lui-même qu'il peut parfaitement avaler, et qu'avec un peu de volonté il pourra certainement surmonter sa dysphagie. Cette psychothérapie facilite considérablement la reprise de l'alimentation : elle représente un avantage supplémentaire en faveur de l'anesthésie locale, à laquelle nous restons fidèles.

Revenu dans sa chambre, l'opéré ne doit point sucer de glace : cette prescription classique est inutile, elle risque même de déclancher une hémorragie. Mais surtout, il faut exiger de lui qu'il n'avale pas sa salive ; l'opéré doit tout cracher, ce qui lui évite de pénibles mouvements de déglutition. De plus, s'il saigne, l'alerte est donnée plus vite

La ré-alimentation de l'opéré ne devrait soulever aucune difficulté particulière. Trop souvent, surtout en milieu hospitalier, l'amygdalectomie est considérée un peu comme un opération mineure, ne justifiant pas de soins trop complexes : l'opérateur s'imagine avoir fait tout son devoir en prescrivant la glace, les boissons sucrées, le jus de viande ou de fruits, que le malade absorbera tant bien que mal. Dans les heures qui suivent l'opération, nous faisons toujours du sérum glucosé rectal « larga manu », et, lorsque le malade demeure très dysphagique le troisième jour, nous n'hésitons pas à recourir aux ressources de l'alimentation artificielle, notamment par l'emploi des protéolysats, incorporés aux boissons ou au goutte-à-goutte rectal. Ainsi, le malade conserve une diurèse suffisante, et on réussit à lui épargner toute sensation pénible de faim ou de perte de forces.

Depuis l'ère des antibiotiques, il est classique de dire que l'administration de fortes doses de pénicilline diminue considérablement la

le suppositoire anti-infectieux type



Société d'exploitation des
LABORATOIRES DEROL
Service des relations médicales - 66 ter, rue Saint-Didier - PARIS (16e)

DEROL

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

ANÉMIES
ASTHÉNIES
CONVALESCENCE

HEPATONIA

Extrait de foie et de rate - Muqueuse gastrique - Glandes surrénales fraîches

Méthodes de Wipple et de Castle

COMPLEXE HEPATO - SURRENO - SPLENIQUE - SURACTIVE

Ampoules Buvables de 10 cc et 5 cc - Boîtes 10 ampoules, Coffrets 20 et 30 ampoules

J. LESQUENDIEU, Pharmacien

Laboratoires PROBIOS, 4, rue de Miromesnil - PARIS 8e

réaction inflammatoire consécutive à l'opération : les injections antibiotiques sont incontestablement actives, car elles suppriment presque complètement la douleur chez certains opérés. Mais cette action n'est pas toujours suffisante : certains opérés, bien que ne présentant ni œdème de la luette, ni gonflement des piliers, ni fausses-membranes couenneuses se plaignent néanmoins de souffrir. Il faut alors invoquer une névrite localisée aux terminaisons du glosso-pharyngien, névrite toujours très douloureuse et contre laquelle nous en sommes réduits à tenter des traitements palliatifs.

L'emploi des analgésiques de prescription banale soulage certains malades. On utilise, bien entendu, la voie rectale. Nous évitons autant que possible les spécialités à base d'aspirine : on sait que l'Ecole américaine leur reproche de provoquer des carences en prothrombine, et, par conséquent de favoriser certaines hémorragies tardives.

Mais ces petits moyens ne peuvent pas suffire. Chez beaucoup de malades très sensibles à la douleur, il faut entreprendre une imprégnation médicamenteuse aboutissant à un état de somnolence suffisamment accentué pour que le sujet voit disparaître non seulement la douleur, mais aussi le souvenir de celle-ci.

La technique des « cures de sommeil » a été parfaitement mise au point dans certaines disciplines comme la psychiatrie.. On sait que cette méthode ne consiste pas à infliger au malade un coma toxique, mais seulement à installer, pour une durée plus ou moins longue, un sommeil physiologique, c'est-à-dire tel que le sujet puisse être à tout moment réveillé, soit par une stimulation normale, tactile ou sonore, soit par la suppression brusque de la médication.

En psychiatrie, on réalise des cures de sommeil prolongées, jusqu'à deux semaines ou davantage. Chez les amygdalectomisés, nous croyons, qu'un sommeil de cinq ou six jours au maximum doit permettre aux opérés les plus douillets de cicatriser sans douleur. Du reste, cette mise au repos du système neuro-végétatif ne peut avoir qu'une excellente influence sur l'état général, elle intervient, aussi dans une large mesure dans la prévention des hémorragies retardées.

L'emploi des opiacés doit être rejeté. Les hypnotiques doués d'une action sous-corticale et diencéphalique sont très recommandables, et faciles à prescrire par voie rectale : ainsi l'amytal, l'eunoctal en suppositoires à 0 gr., 20, le nembutal en suppositoires de 60 à 120 milligrammes à donner deux fois par jour. L'action de ces médicaments peut être notablement renforcée par l'emploi de ce que Géraud appelle les « hypnogènes potentialisateurs » : le phénergan injectable, qui possède une précieuse action anti-émétisante rend service surtout après une amygdalectomie sous anesthésie générale, le 2987 RP dont on injectera une demi-ampoule deux fois par jour, par voie intra-musculaire, et, enfin, le plus puissant de tous, le 4560 RP., spécialisé sous le nom de Largactyl. Ce médicament,, étudié par Laborit, a pu être employé isolément : ainsi

PERRET, BECKER et LACOSTE font trois fois par jour, toutes les huit heures, une injection d'une ampoule de Largactyl dilué par du sérum physiologique et additionné d'un centicuble de procaïne à 1 % (le 4560 RP est acide). Ils obtiennent un sommeil physiologique parfait, sans adjonction d'aucune autre drogue. On pourrait aussi, comme l'a fait ROUCHY dans le traitement des vomissements gravidiques incoercibles, pratiquer une perfusion veineuse lente avec une ampoule de Largactyl, dans 500 centicubles de sérum glucosé, la perfusion est faite deux fois par jour, avec au besoin, administration de gardénal sodique par voie intramusculaire. Nous insistons sur le fait que les doses peuvent varier d'un malade à l'autre dans de larges proportions, il est souvent utile de substituer un médicament à l'autre en tenant compte des susceptibilités individuelles.

Lorsqu'on recourt à la médication hypnogène, il faut que l'opéré soit couché dans une chambre individuelle, parfaitement insonore, peu éclairée, et dont la ventilation sera l'objet d'une surveillance constante. On prendra toutes les précautions nécessaires pour que le malade ne puisse pas se blesser, notamment en tombant de son lit, pendant son sommeil. Il sera souvent indispensable d'assurer l'évacuation des selles par lavement simple ou purgatif : les hypnogènes constipent. Dans les cas, rares, où le malade doit rester endormi plus de deux jours, il faut prendre des mesures spéciales pour assurer la propreté des téguments et pour l'alimentation artificielle.

Il est de rigueur d'éviter ce genre de traitement chez des sujets débilités ou présentant une tare rénale, cardio-vasculaire : mais ce sont là, en même temps, des contre-indications à l'amygdalectomie. Les accidents rarissimes semblent surtout liés à une erreur de technique : surdosage, pouvant déclancher un début de coma bartiturique, escarres, accidents infectieux pulmonaires, autant d'ennuis parfaitement évitables dans des conditions satisfaisantes de « nursing ». L'hypno-résistance, extrêmement rare, peut être vaincue par l'administration d'un lavement au tri-bromo-éthanol, comme le propose EY.

En fait, la principale critique que l'on puisse opposer à cette méthode est de prolonger l'hospitalisation et de compliquer quelque peu les soins aux opérés : les inconvénients d'ordre pécuniaire sont incontestables. Mais, tous les spécialistes qui sentent le poids de leur responsabilité se demanderont si une hospitalisation systématique de cinq à huit jours ne serait pas une sage mesure. On garde bien à l'hôpital un opéré d'appendicite huit jours, alors que les suites opératoires secondaires de l'appendicectomie sont beaucoup moins chargées d'imprévu que celles d'une amygdalectomie.

Nous disposons actuellement de moyens efficaces, pour éviter ou pour combattre la douleur chez les amygdalectomisés, et nous avons le devoir de tout tenter pour rendre supportable une intervention généralement bénigne, mais que les malades avaient jusqu'à maintenant trop de raisons plausibles de redouter.

Résumé. — L'auteur passe en revue les divers moyens auxquels on peut avoir recours pour atténuer la souffrance des malades opérés d'amygdalectomie, en insistant sur la ressource précieuse que constitue la cure de sommeil bien dirigée pendant la période de cicatrisation.

MÉDICATION ANTISPASMODIQUE DE LA TOUX

Spasmoforme

COMPRIMÉS DRAGÉIFIÉS

LABORATOIRES TOULADE — NANTERRE (Seine)
Tunisie : BEDOUCHA - 5, Rue de Broves - TUNIS

La Grande Marque
Des Antiseptiques
Urinaires et Biliaires

56, Boulevard Pereire
PARIS (17e)

URASEPTINE ROGIER

dissout et chasse l'acide urique

Echantillons et Littérature :
OFFICE DE PROPAGANDE MEDICALE, 53, r. des Maltais, TUNIS

TRIPTYQUE BI-HORMONAL "ROLLAND"



SYNERGON



Hyperfolliculinie
Troubles Prémenstruels
Fibromyomes

Aménorrhées
(Méthode de Zondek)
Avortements répétés

Ménopause
Frigidité
Andropause

Ampoules injectables de 1 cc. Suppositoires même dosage

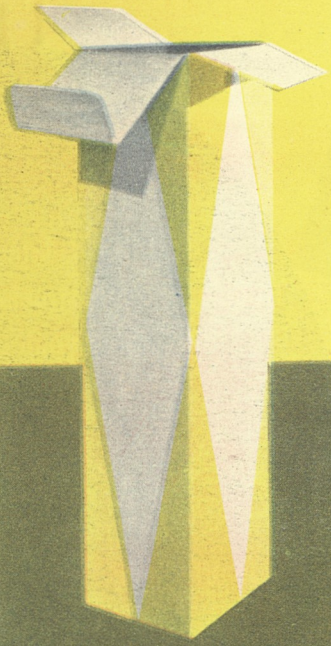
REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

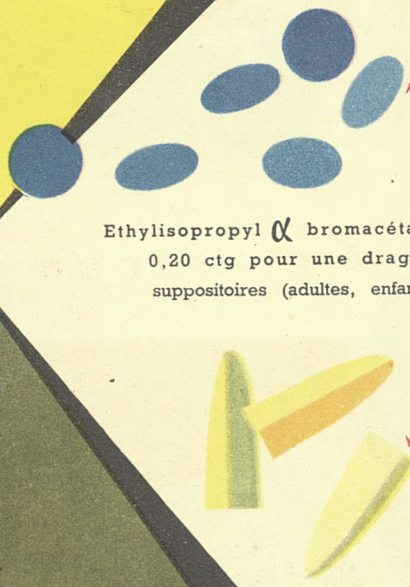
LABORATOIRE DE L'HÉPATROL
4, Rue Platon — Paris XVe

VAGOPROL

SÉDATIF DES DYSTONIES NEURO-VÉGÉTATIVES

SPÉCIFIQUE
DE L'ÉMOTIVITÉ
ET DE L'ANXIÉTÉ





Ethylisopropyl α bromacétamide,
0,20 ctg pour une dragée
suppositoires (adultes, enfants)

ÉMOTIVITÉ
NERVOSISME
ANXIÉTÉ
IRRITABILITÉ
INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES NERVEUX DE LA MENSTRUATION
ET DE LA MÉNOPAUSE

Remboursés par la Sécurité Sociale

LABORATOIRE DE L'HÉPATROL
4, Rue Platon — Paris XVe

L'internement des pervers-récidivistes

Erreur incontestable

par R. BENON (de Saumur)

Ex-Médecin du Quartier des maladies mentales de l'Hospice général de Nantes

Enfin la question du placement des pervers-récidivistes à l'asile des aliénés est clairement posée. Le Dr GISCARD, de Clermont-Ferrand, à signalé très objectivement les dangers de l'internement des criminels et délinquants dans les services « hôpitaux » psychiatriques (séance du 22 mars 1954 de la Société médico-psychologique) Un certain nombre d'incidents survenus dans les asiles en ces dernières années l'a incité à déclarer sans réticence que les sujets en question ne sont pas des psychopathes et que leur état devant les tribunaux ne répond pas à l'article 64 du Code pénal. Il signale l'exemple fâcheux d'experts qui concluent à la responsabilité atténuée ou même à l'irresponsabilité à cause de violences commises ou en raison de vols à répétition.

Il importe que soient précisés le sens de l'expression anomalies mentales et nerveuses, le sens du mot perversité, la valeur des signes physiques évoqués, la question de la responsabilité et pour terminer la conduite à tenir en présence des faits.

LES ANOMALIES MENTALES

Les anomalies mentales, les anomalies fonctionnelles nerveuses ne sont ni des maladies mentales ni des maladies fonctionnelles nerveuses. Une distinction, au point de vue mental et nerveux, a été faite pratiquement, non pas scientifiquement entre l'état normal, l'état anormal, l'état pathologique : elle doit être maintenue, quelles que soient les données et les tendances psychiatriques. On écrit que des spécialistes américains s'exercent à *mesurer* l'héroïsme militaire (?); va-t-on mesurer la responsabilité ? Ce sont prétentions au delà des notions humaines rationnelles acquises.

On voit des experts en psychiatrie déclarer sans hésiter que les anomalies mentales sont lot commun des hommes, que tous les hommes sont des anormaux, etc. Un expert qualifié, non médecin des asiles, est même venu dire à la barre que la personne qu'il a examinée est « anormalement normale » : le public a souri, la défense a approuvé. Pas la moindre critique sérieuse et sévère.

M. GISCARD, lui-même, parle, accessoirement il est vrai, d'anomalies mentales caractérisées qui pourraient entraîner l'internement. Lesquelles ? Quant à M. BROUSSEAU de Villejuif (Seine) il considère que

le mot anomalie implique « admission d'un état morbide » Aliéniste de carrière, mais spécialisé, il défend la conception de quelques Parisiens qui disent que la perversité-récidivisme est maladie.

LA PERVERSITE-RECIDIVISME

M. Giscard fait remarquer que les anomalies des pervers-récidivistes, durant leur séjour à l'asile, ne se manifestent en aucune façon : le sujet est calme, docile; mais il ajoute que de tels individus captent la confiance du personnel, font de petits travaux, exploitant leurs camarades et à un moment s'évadent. Le juge ne communique jamais les dossiers au médecin de l'asile, non désigné comme expert. La Justice voit-elle là une garantie pour le diagnostic de folie ? N'est-ce pas, plutôt, besogne facilitée, commode pour le Procureur ?

De deux choses l'une : ou les anomalies mentales des récidivistes sont celles des « déséquilibrés » (hypérémotivité) ou bien c'est l'anomalie paresse qui domine (envie, recherche systématisée des plaisirs de la table et de la chair, colère, orgueil, mensonge, etc.) Dans l'un et l'autre cas la responsabilité est totale. Les anomalies de l'émotivité, c'est-à-dire du caractère, sans paresse invétérée et fondamentale pourraient à la rigueur être excusées (problème moral et non médical); la paresse, jamais.

Les perversions génitales ne sont pas la perversité-paresse. Doit-on les excuser ? A. Gide a déclaré l'homosexualité phénomène normal. les autres ne sont pas davantage maladie. Quelques cas très rares de kleptomanie, de pyromanie sont vraiment sans intérêt pratiquement (et en vérité responsabilité).

Platon a formulé (et aussi les tragiques grecs) : « Les méchants sont des malades... Nul n'est méchant volontairement... La paillardise immodérée est pour une grande part une maladie de l'âme provoquée par les propriétés d'une substance qui s'écoule dans le corps... Nul n'est vicieux volontairement... La perversité a lieu malgré soi et la vertu de même d'ailleurs... » Origine probable du christianisme. Mais même si on démontre ce fait physiologique ou physio-pathologique, il n'en restera pas moins que socialement et familialement la perversité devra être l'objet de mesures spéciales (prison non pas asile des aliénés).

EXAMEN PHYSIQUE

La psychologie doit être « écartée » en médecine mentale, déclare un psychiatre titré. Pour connaître le psychique, on fera un détour, on aura recours à des sortes de ruse : la graphologie, la morphopsychologie (estimation rapide des réactions d'un individu grâce à l'étude du visage, synthèse expressive de l'ensemble du corps. devenu dictionnaire à feuilleter), la testologie, la physiopsychologie (M. René Leriche écrit que la physiologie se substitue à la psychologie), etc. L'intérêt de

cette psycho-physiologie est grand puisque, thérapeutiquement, elle vise à redresser les perturbations de la vie mentale; mais que peut-elle, les syndromes et maladies n'étant pas exactement définis ? M. Brousseau, lui, préconise la radiographie du crâne, l'électroencéphalographie, la pneumoencéphalie, la ventriculographie, etc.

Tous ces efforts sont très louables. Mais pour prendre des conclusions pratiques contre un délinquant ou un criminel, l'examen physique suffira-t-il un jour ? C'est, je pense, mal connaître l'homme tant il est habile, subtil, réticent, dissimulateur, méchant, hostile au milieu qui lui impose des règles. Une notion est acquise : la responsabilité familiale et sociale. Or, maladie : asiles des aliénés; anomalies : prison. On ne saurait sortir de là.

QUE FAIRE ?

Demander aux Conseils généraux, aujourd'hui tout spécialement « immobilistes », c'est-à-dire conservateurs, de construire des asiles de sûreté pour les pervers-récidivistes, certainement non-aliénés, c'est prendre la fausse route, bien que M. Benjamin Logre l'ait conseillé publiquement. Villejuif, Hoerdt, Mondevergues sont des erreurs.

Que le praticien d'asile qui reçoit un pervers-récidiviste après expertise du médecin du tribunal, le mette en liberté, ce n'est pas une solution.

Le médecin expert du tribunal devrait toujours être le médecin de l'asile qui devra traiter le sujet. La Justice y voit à tort un obstacle (?).

Que faire ? Rationnellement, le problème, n'est pas insoluble, la chose est claire : les aliénés, à l'asile; les pervers-récidivistes en prison. Il y aura des difficultés; un philosophe nous dit : « Le maniement de la raison est un terrible stérilisateur qui épuise jusqu'aux sources mêmes de l'existence ». Il n'en reste pas moins que socialement et familialement la vie humaine doit être protégée.

RESUME

Les anomalies mentales et nerveuses, si variées, si curieuses à contempler, ne sont pas des maladies. Quel spectacle banal serait la vie sans ces anomalies ! La perversité-récidivisme n'est jamais maladie. On dit que les Russes, dès 1916, ont fait répérer les paresseux et les incapables. En la matière les divers examens physiques ne sont que des détours. La prison est indispensable : étude de l'état mental *après* la condamnation (avec l'Autorité judiciaire), ensuite mise en liberté surveillée. Pas besoin d'une législation nouvelle : les Pouvoirs publics, à ce jour, sont « frappés d'immobilisme ».

PULMOVACCIN

Toutes les affections microbiennes du Poumon

Complexe d'Essences Balsamiques pures

TUBEROL

Voies respiratoires, Coqueluche, Broncho-Pneumonie

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

CANTÉÏNE

PASSIFLORE

(Sédative) 0,50

ELIXIR — DRAGÉES — SUPPOSITOIRES

HAMAMELIS VIRGINICA

(Décongestive et régulatrice du système vasculaire)

XXX gouttes

CRATŒGUS OXYACANTHA

(Toni-Cardiaque)

XXV gouttes

SALIX ALBA

(Fébrifuge)

0,25

MENTHE

(Stimulant)

X gouttes

Triade : Sédative, Régulatrice, Décongestive, Hyperactivée

Indication : Eréthisme cardiaque

Neurasthénie, Névroses, Menopause, Insomnie Cardiotonique Hypotensive

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

BALSEPTOL

Plaies, Brûlures
Affections gynécologiques

DISURYL

Pyélonéphrites
Cystites, Bacilluries

Pour ADULTES et FILLETTES

VACCINOVULES

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

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

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

LA RÈGLE DU MINIMUM

par Félix MASSELOT

—o—

Dans un livre pieusement écrit par Jean GUITTON : « Portrait de Monsieur POUGET », j'ai noté quelques passages, dont nous, médecins, pourrions faire notre profit.

Voici d'abord quelques aphorismes (pages 63 et 64) :

« *Plus on avance, plus on arrive à une docte ignorance* ».

« *Il y a peu de vérités essentielles. Et la vérité n'est pas un système géométrique* ».

« *Soyez disposé à tout croire, mais en fait, croyez le moins possible; ne croyez que ce dont vous êtes sûr...* »

« *On n'ose pas se fier à sa raison et pourtant, si ceci ne compte pas, qu'est-ce qui comptera ?* »

« *Ne jamais se laisser lier ici (il montrait le front). Quand nous sommes liés par la vérité, alors, nous sommes libres* ».

« *Ne dites pas : ceci est vrai; donnez des preuves. « Un tel a dit cela », soit, mais quelles raisons avait-il ?* »

« *Il y a des gens qui se servent de preuves, qui ont elles-mêmes besoin de preuves. Il y en a qui croient qu'en accumulant des preuves faibles, on obtient une preuve forte. S'il s'agissait de témoignages, il y aurait convergence. Mais il s'agit de textes : or, si un texte est douteux, les autres n'empêcheront pas qu'il soit douteux...., « cela a toujours été cru ». Monsieur, c'est précisément, ce qui est en cause. Vous me donnez l'énoncé d'un problème pour la preuve du problème* ».

Chacune de ces pensées dont certaines ont la vigueur de celles de PASCAL, (sans avoir la magie du style), mériterait un ample développement. Ce n'est pas mon propos, mais il est bon de s'en imprégner, si l'on veut utiliser avec profit la Règle à laquelle je veux en venir maintenant, celle du *minimum*.

Monsieur POUGET disait (page 84) :

« *Lorsqu'on veut connaître avec certitude le sens d'un texte afin d'éviter tout danger de majoration, il est nécessaire de déterminer le minimum de son contenu* ».

Et Jean GUITTON commente (je résume) : Supposons que le contenu d'un texte soit composé de A_1, A_2, A_3; que A_3 contienne plus d'enseignements que A_2 et lui-même que A_1. Si je suis sûr de A_1, beaucoup moins de A_2 et encore moins de A_3, je dois poser que ce texte a le contenu minimum de A_1 Pour ne pas m'exposer à errer, c'est à A_1 que je dois m'en tenir.

Or, enchaîne GUITTON, cette démarche est loin d'être naturelle à l'esprit humain : « *Tout nous pousse à charger un texte de son contenu maximum, c'est là une des causes des malentendus qui nous opposent* ».

Cette Règle établie par Monsieur POUGET, dans le domaine de la critique religieuse, n'est-elle pas pleinement valable en médecine ? Ne serait-il pas sage de la suivre ? C'est ce que je me propose d'établir.

Mais, d'abord, il convient de se demander comment Monsieur POUGET en était arrivé à *cet excès de prudence et de modestie.* Il est évident que c'est une question de caractère et pour tout dire, de *valeur morale.*

Paysan, fils de paysan laborieux, autodidacte dans toute l'acception du terme, il possédait pourtant des connaissances encyclopédiques, grâce à sa prodigieuse, sa monstrueuse mémoire, qui lui permettait de citer avec précision des Références sans avoir à se reporter aux ouvrages qu'il n'avait pas consulté depuis quarante ans. Il pouvait également réciter des pages entières d'auteurs anciens. Lisant le grec et le latin, il était aussi mathématicien et physicien émérite, comme PASCAL. Mais, comme lui, il avait finalement abandonné, par zèle religieux, ses études favorites, auxquelles il ne revenait que par délassement (ô mystère de la joie causée par une vie intégrale !) Sa vie était désormais consacrée à la critique religieuse et à l'apologétique, nouvelle ressemblance avec BLAISE. Il y excellait, comme en toutes choses, et avait des vues si originales, qu'elles lui firent interdire l'enseignement, ce qu'il accepta avec une humilité parfaite. Aussi passionné que PASCAL, il avait néanmoins sur lui cette supériorité, de n'être pas un chrétien tourmenté. L'idée du pari ne lui serait jamais venue à l'esprit. Acharné à la poursuite de son œuvre (malgré l'inconfort de sa cellule), il perdit la vue, ayant abusé de ses yeux. Sa sérénité n'en fut point troublée.

Monsieur POUGET n'a écrit qu'à son corps défendant et très peu. Il ne cherchait pas à faire de disciples. Il vivait dans un effacement complet et s'il connut l'audience de grands esprits de son époque tel que BERGSON, s'il eut, pendant dix ans, en Jean GUITTON, un élève fidèle, il le dut au hasard et n'en tira pas vanité. Monsieur POUGET aimait l'étude pour l'enrichissement de la personne qu'elle apporte. Sa foi robuste ne cherchait pas dans la science des textes sacrés, des raisons de se fortifier, mais il aimait raisonner sur ce que l'esprit humain peut atteindre. Il n'avait de satisfactions que dans le cheminement difficile et patient vers la vérité. C'est pour elle-même qu'il désirait qu'elle brillât. Il n'a jamais voulu s'en auréoler quand il y parvenait.

C'est donc, en définitive, la *remarquable probité intellectuelle de Monsieur* POUGET, *l'oubli de lui-même dans lequel il se complaisait,* qui expliquent pourquoi il adopta cette règle rigide du minimum. Elle n'est évidemment pas à la portée de toutes les consciences. Toutes peuvent néanmoins y tendre, en ayant les yeux fixés sur un si noble exemple.

*
* *

Il n'est donc pas inutile de rappeler les conclusions auxquelles était parvenu Monsieur POUGET, qui condamnent l'exégèse aventureuse. Il n'est pas osé de dire que trop de médecins y tombent ! Qu'il s'agisse d'un texte

commenté, sollicité à l'excès, d'un travail original où une maigre amande de vérité est enfouie sous une épaisse écorce de commentaires, l'amplifiant, la déformant, la torturant; qu'il s'agisse d'expériences hâtivement publiées, à qui l'on fait dire plus qu'elles ne signifient, c'est journellement que cette prudente règle du minimum est violée par nous et même parfois par les plus qualifiés d'entre nous.

Certes, il ne s'agit pas de condamner l'hypothèse, méconnue par Bacon et si bien mise en lumière par Claude Bernard, mais il ne faut pas, pour autant, en abuser. Elle doit, sans équivoque, rester à sa place et ne pas être présentée sous le fallacieux aspect d'une vérité anticipée. Il n'est pas non plus question de dédaigner la gamme si riche des tests et réactions de la biologie (dont bien peu pourtant offrent un caractère de certitude), mais de ne pas leur accorder un crédit injustifié, de ne pas par exemple, grouper sous le même chef, les tableaux cliniques les plus variés, pour la seule raison qu'ils ont comme dénominateur commun, le même test sérologique.

Et que dire de l'endocrinologie, dont on ne saurait nier, ni les foudroyants progrès, ni les éclatantes réussites, mais qui, plus que toute autre branche de la médecine est grevée d'imprudentes anticipations et de conjectures avancées comme des quasi-certitudes.

Biologie et médecine ne sont évidemment pas des sciences exactes, sauf par certains de leurs côtés et l'esprit médical va rarement de pair avec une formation polytechnicienne. Partant, on ne saurait réclamer à la médecine la rigueur des preuves mathématiques. Mais la démonstration n'est pas la seule façon d'atteindre la vérité dans ce domaine. Celle que le clinicien établit par ses patientes et concordantes observations, par ses rigoureuses statistiques, est tout aussi valable. Seulement ici, *le coefficient personnel intervenant, on est poussé à forcer les faits, à leur demander tout au moins le maximum et non le minimum de signification.* On a trop tendance surtout, à accueillir avec empressement, sinon complaisance, toutes versions qui cadrent avec des habitudes familières de penser ou, si l'on est d'esprit paresseux, à s'en remettre à l'opinion de maîtres éminents, dont parfois la célébrité a affaibli l'auto-critique. Que l'on songe à l'impressionnante série d'erreurs, tenues et proclamées comme vérités, par une longue suite de maîtres disparus, vers qui montait l'encens des foules.

Signaler un mal est facile. Proposer des remèdes est moins aisé. Pourtant ne pourrait-on s'accorder sur quelques points ?

En particuier, serait-il exagéré de demander que tous ceux qui visent à instruire les jeunes (je fais allusion surtout aux rédacteurs de manuels) adoptent la règle si sage du minimum. Ainsi, l'esprit qui se forme et qui, faute d'expérience, risque de mettre sur le même plan, voire même de confondre hypothèse et réalité, ne serait nourri que de certitudes. L'épaisseur des ouvrages en serait réduite d'autant, pour le plus grand bénéfice du lecteur. Les connaissances y gagneraient en précision et en clarté.



TUNISIE : Ets ZANA et COHEN-JONATHAN

14 bis, Rue Arago — TUNIS

Malheureusement, trop de vulgarisateurs, même parmi les plus justement cotés, se laissent entraîner par leur sujet, surtout lorsqu'il traite de questions où ils excellent. Trop d'auteurs, cèdent à leur désir de faire du nouveau (ce qui explique pourquoi certaines pages immortelles des vieux cliniciens ne sont jamais reproduites). Ils expriment tout le possible, ce qui les amène à le dépasser parfois.

D'autre part, ne sied-il pas de demander à ceux qui publient des travaux originaux, de les bien mûrir au préalable, sans céder à la crainte de se voir ravir une priorité, qui est généralement de peu de valeur. Ne convient-il pas qu'ils s'abstiennent de les gonfler de trop nombreux commentaires, et de greffer sur eux trop d'hypothèses et surtout qu'ils aient la précaution d'inscrire, noir sur blanc, ce qui est certitude et ce qui est hypothèse.

L'idéal, en cette matière, est d'abord d'être *concis* (mais pour être concis il faut que le texte soit substantiel), *de n'avancer que ce que l'on sait de source sûre, ou que l'on peut prouver* (il importe donc de posséder la maturité d'esprit nécessaire pour y voir clair) et de n'indiquer que brièvement la voie ouverte par une recherche, sans préjuger de son succès (il y a plus de culs de sac que de voies praticables).

Sur des vérités de base bien établies, les écoles rivales ne pourraient que s'entendre, au lieu que sur des hypothèses, le combat ne peut cesser que par lassitude et ces disputes, qui dépassent souvent le cercle médical, rappellent trop les querelles scolastiques de joyeuse mémoire.

Mais, cette transformation d'une mentalité courante (sur laquelle tranchent d'heureuses exceptions) ne peut s'opérer dans le climat actuel des concours, *où un homme est jugé sur ce qu'il sait et non sur ce qu'il vaut*, car, les titres dont il est fait état, ne sont généralement que des travaux parcellaires sans unité, entrepris non pour servir la science, mais pour étoffer une candidature. Combien rares sont les mémoires de jeunes candidats qui prennent date dans la science !

Ce n'est donc pas une évolution qui peut réaliser l'objectif désiré; trop d'intérêts s'y opposent.

Seule une révolution peut surmonter les contradictions que provoque un désaccord sans cesse croissant, entre une science qui progresse à pas de géant et nécessite de plus en plus *des efforts collectifs* et une mentalité routinière, *essentiellement individualiste*, où le souci de s'affirmer pour percer l'anonymat de la masse, rétrécit les perspectives, en les centrant sur soi-même. Ainsi, la vérité n'est-elle pas servie, mais l'on cherche à se servir d'elle.

INFORMATIONS

—o—

« **Prix du Diabète** ».

Au dîner du « **Diabète** » qui s'est tenu au restaurant Drouant, le Comité de Direction Scientifique, sur proposition de l'Administration et de la Rédaction de notre Revue, a décidé la création d'un prix annuel, fixé à cinquante mille francs, destiné à récompenser un mémoire traitant du diabète et des problèmes aussi bien cliniques, expérimentaux, thérapeutiques ou médico-sociaux qu'il pose.

En principe, le prix sera décerné en mai au cours du dîner annuel du Comité et les mémoires devront parvenir avant le 31 décembre précédent.

Pour cette année, afin de donner plus de temps aux auteurs, les manuscrits seront reçus jusqu'au 31 janvier 1955.

Les mémoires devront être rédigés en français, dactylographiés en 3 exemplaires. Ils ne devront pas dépasser 20 pages de format courant à simple interligne (figures et tableaux en sus).

Ils seront adressés à M. le Rédacteur en Chef du « **Diabète** », 21 rue Saint-Fiacre, Paris (2e).

Ils resteront la propriété de la Revue.

Le mémoire primé ainsi que ceux qui, parmi les autres, en seront jugés dignes par le Comité de Direction Scientifique, seront publiés dans le « **Diabète** ».

Les auteurs sont, en outre, priés d'envoyer 3 exemplaires d'un résumé d'une page environ de leur texte, en même temps que leur mémoire.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au « **Diabète** », 4, place de l'Hôtel-de-Ville, Le Raincy, ou 21, rue Saint-Fiacre, (Paris 2e).

*
* *

Association des diabétologues de langue Française.

Cette association nouvellement créée aura son siège à Paris et publiera ses comptes rendus dans la revue « Le Diabète ».

Dans le Comité provisoire qui la dirige actuellement, nous relevons les noms du Prof. BOULIN, Président, et du Dr Maurice UZAN secrétaire.

*
* *

Institut des Hautes Etudes de Tunisie.

Les cours destinés aux élèves candidats aux certificats d'Hygiène alimentaire et de diététique, reprendront le 5 novembre.

Les examens auront lieu dans la semaine de Pâques.

Pourquoi ? Quand ? Comment ?

prescrire l'

HYPOSTÉROL

Phényl-éthyl-acétamide

Pourquoi le prescrire ?

L'Hypostérol ramène la cholestérolémie à la normale en 5 à 6 semaines, dans 90 % des cas.

Quand le prescrire ?

L'Hypostérol est indiqué dans les maladies artérielles : athéromatose et athérosclérose, artérite cérébrale, aortite, coronarites (infarctus du myocarde), angine de poitrine, artérite des membres inférieurs - hypertension - néphrites chroniques - néphroses lipoïdiques - xanthomatoses familiales - insuffisance thyroïdienne.

Comment le prescrire ?

L'Hypostérol sera conseillé à raison de 6 à 8 comprimés par jour pendant 4 à 12 semaines sans régime très strict, mais en évitant les aliments riches en cholestérol ou en matières grasses.

PRÉSENTATION

Boîte de 42 comprimés dosés à 0,40 g.

98, RUE DE SÈVRES PARIS VIIe · THÉRAPLIX · TÉLÉPHONE : SÉGUR 83-10

AGENCES THERAPLIX POUR L'AFRIQUE DU NORD

ALGER : 100, Rue Michelet

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

TUNIS : 56, Avenue Jean-Jaurès

Journées Médicales du Maroc

13 - 16 AVRIL 1955

Organisées par le « Maroc Médical », avec le concours de la Société de Médecine et d'Hygiène du Maroc, des Journées Médicales du Maroc auront lieu à Casablanca et Rabat, du 13 au 16 avril 1955, sous le patronage des plus hautes autorités administratives et médicales du Protectorat.

Elles seront présidées par le Professeur LERICHE.

Lignes générales du programme scientifique :

— Professeur Agrégé LAMOTTE et Docteur CATTAN, pathologie hépatique, digestive, rénale et sanguine.
— Professeur Agrégé TUBIANA, position actuelle des isotopes, dans le diagnostic et le traitement des tumeurs et des affections non cancéreuses.
— Docteur DAVID, neuro-chirurgie.
— Docteur Henri LABORIT, ganglioplégiques et hibernation.
— Professeurs GATE et JOULIA, données récentes sur la syphiligraphie et la dermatologie.
— Docteur METRAS, explorations et traitements bronchiques et place actuelle des exérèses en pneumo-phtisiologie.
— Professeur SARROUY, problèmes de la Pédiatrie nord-africaine.
— Le Professeur ROUX traitera des nouveautés chirurgicales.
— Le Docteur GUINET de l'endocrinologie moderne.

A côté des problèmes de pathologie générale, des problèmes de pathologie spécifiquement marocaine seront exposés par les médecins du Maroc qui les ont particulièrement étudiés.

Chaque question sera traitée pendant trente minutes et suivie d'une discussion de même durée, au cours de laquelle les auditeurs pourront interroger le conférencier.

La projection de films médicaux est envisagée, ainsi que des séances opératoires dans les différents services de chirurgie.

L'ensemble des textes sera ensuite publié dans le Maroc Médical.

Une exposition de produits pharmaceutiques sera organisée.

Au cours des Journées Médicales, différentes réceptions auront lieu tant à Casablanca qu'à Rabat.

Un programme touristique avec manifestations diverses est en outre à l'étude.

Le programme définitif sera publié ultérieurement.

Les Médecins du Maroc espèrent que les Médecins de France et même de l'Etranger viendront nombreux se joindre à eux.

L'accueil le plus chaleureux sera réservé à tous.

J. CHENEBAULT.

LE MAROC MEDICAL
édite à l'occasion du Centenaire du Maréchal LYAUTEY
une Plaquette spéciale sur

" LE MARECHAL LYAUTEY ET LE MEDECIN "

—o—

Le Maroc Médical termine actuellement une importante Plaquette sur « Le Maréchal Lyautey et le Médecin ».

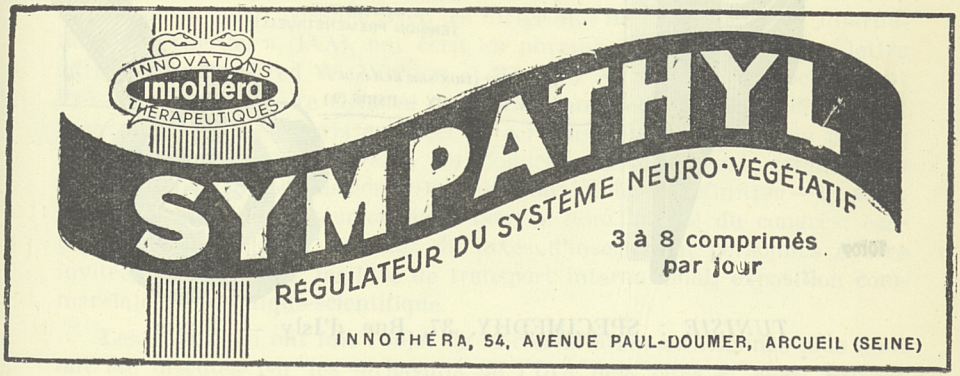
Cette plaquette, destinée à évoquer et exalter, l'année de son Centenaire, la mémoire de celui qui a toujours associé le médecin à son action sociale, contiendra des souvenirs et des documents d'un très grand intérêt d'anciens collaborateurs médecins ou amis du Maréchal.

Cette Plaquette, qui représentera un ouvrage de bibliothèque, sera éditée :

— sur beau papier, couverture cartonnée, au prix de 1.500 francs.

— en édition de luxe numérotée (tirage limité) au prix de 4.000 frs.

Le Maroc Médical prie les médecins désireux de se procurer un exemplaire de l'édition de vouloir bien s'inscrire dans le plus bref délai possible — le tirage devant commencer prochainement — au Maroc Médical, Immeuble Liberté, Casablanca (C.C.P. n° 852 à Rabat).



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



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

11me CONGRÈS INTERNATIONAL D'ALLERGIE
organisé par " L'Association Internationale d'Allergie " et par la " Société Brésilienne d'Allergie "

—o—

Le « IIe Congrès International d'Allergie » aura lieu à Rio de Janeiro (Brésil), pendant le mois de novembre 1955, et sera organisé par « l'Association Internationale d'Allergie » (International Association of Allergology, I.A.A.) et par la « Société Brésilienne d'Allergie » (S.B.A.). Le Siège du Congrès sera à Rio de Janeiro.

Le Brésil a été choisi comme siège du second Congrès de cette spécialité à l'occasion du premier Congrès qui a eu lieu en 1951 à Zurich, Suisse. Le gouvernement brésilien a immédiatement appuyé ce choix qui fait honneur au Brésil.

La Société Brésilienne d'Allergie, dans sa réunion du 25 août 1953, a chargé le Président de celle-ci — le Dr E. Brum Negreiros — de faire les démarches nécessaires pour désigner une Commission d'Organisation qui devra commencer à préparer le « IIe Congrès International d'Allergie ». Les médecins spécialistes en allergie suivants, ont été désignés pour faire partie de la Commission sus-mentionnée, comme Président, Vice-Président et Secrétaire-Général respectivement : Drs E. Brum Negreiros, Paulo Dias da Costa, Nelson Passarelli et Ulisses Fabiano Alves, le premier Président et tous les autres ex-Présidents de la Société Brésilienne d'Allergie. Cette Commission d'Organisation s'est aussitôt réunie pour préparer le Congrès et a engagé comme Secrétaire-Exécutif le Dr Roberto J. Taves, qui est un technicien spécialisé dans l'organisation des réunions et congrès.

Les membres de la Commission d'Organisation, désirant collaborer le plus étroitement possible avec les dirigeants de « l'Association Internationale d'Allergie » (IAA), ont écrit en novembre 1953, une longue lettre adressée aux Dr Fred W. Wittich et Bernard N. Halpern, respectivement Président et Secrétaire Général de l'IAA. Dans cette lettre on demandait à ces Messieurs leur avis au sujet de certains détails importants pour le commencement des préparatifs du Congrès sus-mentionné, comme : la constitution de la Commission d'Organisation; décision définitive — Quant à la date à laquelle la réunion aura lieu; le nom officiel du congrès; contributions financières; montant de taxes d'inscription; personnes à être invitées spécialement; facilités de transport international; exposition commerciale et technique-scientifique.

Les sujets qui ont fait l'objet de la consultation mentionnée plus haut ont été discutés par les dirigeants de l'IAA déjà cités et aussi par les médecins-spécialistes en Allergie Drs Ethan Allan Brown, Sam Feinberg, Francis Rackmann et Howard Osgood, à l'occasion de la Réunion Annuel-

le de l'Académie Américaine d'Allergie, qui a eu lieu en février 1954, à Houston, Texas, U.S.A. Le résultat de ces consultations préliminaires a été remis à la Commission d'Organisation de Rio de Janeiro par les dirigeants de l'IAA en mars 1954. Il a été établi définitivement, entre autres, que le IIe Congrès International d'Allergie, aura lieu en novembre 1955.

La Commission d'Organisation du Congrès a donc décidé de continuer activement les travaux préparatoires de la réunion; elle est en train d'élaborer le Manifeste annonçant le Congrès, l'Agenda, duquel feront partie la relation des thèmes, le règlement Intérieur et d'autre éléments se référant à la réunion. Elle s'occupe aussi des formulaires nécessaires à l'inscription, des réserves de logements, d'acheminer les thèses et travaux, etc. La Commission d'Organisation se réunit chaque semaine et son adresse est la suivante : Av. Rio Branco 277, 9e andar, grupo 904, Rio de Janeiro, Brésil.

L'importance du sujet qui fait l'objet des travaux du congrès, ainsi que l'intérêt que les médecins spécialistes en allergie du monde entier prennent à la réalisation de celui-ci, assurent au « IIe Congrès International, d'Allergie », qui aura lieu à Rio de Janeiro, Brésil, en novembre 1955, beaucoup d'éclat.



TUNISIE : SPECIMEDHY, 37, Rued'Isly — TUNIS

SYNDICAT DES LABORATOIRES D'ANALYSES MÉDICALES DE TUNISIE

—o—

Tour de garde des Laboratoires d'Analyses Médicales du 16 octobre au 5 décembre 1954 :

			Samedi après-midi	Dimanche matin
CHEMLA J.	2, Rue de Bône	32.33	16	17-10-1954
BARSOTTI A.	4, Rue Hannon	38.11	23	24-10-1954
CITTANOVA A.	60, Rue de Corse	64.15	30	31-10-1954
PÉREZ Ch.	2, Rue de Corinthe	77.30	6	7-11-1954
SETBON M.	11, Rue Ch. de Gaule	41.60	13	14-11-1954
UZAN L.	57, Av. Jules Ferry	71.70	20	21-11-1954
ZÉRAH A.	15, Rue Es-Sadikia	19.38	27	28-11-1954
ZÉRAH Ch. et COHEN M.	1, Rue de Bône	28.68	4	5-12-1954

Ed. du CARQUOIS

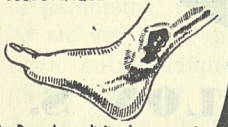
Le pansement de marche

ULCÉOPLAQUE

du Docteur Maury

CICATRISE

ULCÉOPLAQUE
2 DIMENSIONS :
ULCÉOPLAQUE N° 1 5×6 cm.
ULCÉOPLAQUE N° 2 7×9 cm.



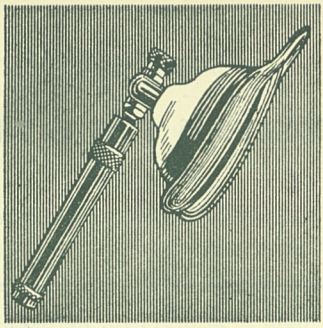
Dans chaque boîte : 6 pansements
Pour 20 à 24 jours de traitement

- PLAIES ATONES
- ESCARRES
- ULCÈRES VARIQUEUX

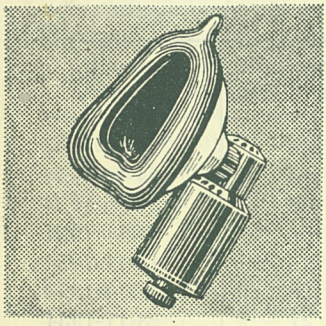
Évite les inconvénients des corps gras.
Favorise la **diapédèse** et la **leucocytose.**
Provoque une prolifération rapide des **bourgeons charnus.**

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

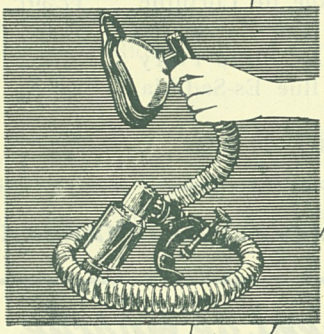
LABORATOIRE SÉVIGNÉ - R. MAURY. Ph^n, 76, r. des Rondeaux - PARIS



trilène n° 1



trilène n° 2



trilène n° 2
avec montage spécial de fixation

Toute la gamme des appareils inhalateurs pour auto-analgésie

TRICHLORÉTHYLÈNE

ICI

LABORATOIRES AVLON S. A.

21, avenue Victor Hugo - Paris 16e - Tél. : Klé. 12-70

CONCESSIONNAIRES DE IMPERIAL CHEMICAL (PHARMACEUTICALS) LTD. FILIALE DE IMPERIAL CHEMICAL INDUSTRIES LTD.

TUNISIE : Ets NOTE - 61, Avenue Garros - TUNIS - Téléphone : 97.090

LIVRES REÇUS

A l'O.M.S.

« **Terminologie du paludisme** », par VAUCEL, M., ROUBAUD, E., et GAILLIARD, H. (1954) Genève. **Organisation Mondiale de la Santé : Série Monographies**, N° 25, 96 pages; prix : Fr. frs 480, Fr. s. 6, 10/ - ou $ 1,50. Le rapport analogue en anglais a paru dans **World Health Organization : Monograph Series**, N° 13 (82 pages).

Pour répondre à la nécessité urgente d'une nomenclature uniforme des termes utilisés par les paludologues, la Commission du Paludisme de l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations avait élaboré un « Rapport sur la terminologie employée en paludologie », qui fut publié en 1940. Ce rapport, qui est actuellement épuisé, a récemment fait l'objet d'une révision approfondie par deux comités de rédaction (anglais et français) nommés par l'Organisation Mondiale de la Santé. Le rapport français vient de paraître dans la Série de Monographies de l'O.M.S.

Ce rapport, qui, d'une manière générale, suit le plan adopté dans le rapport de la Commission du Paludisme, est divisé en deux parties : la première est un commentaire des termes utilisés par les paludologues (à l'exclusion, cependant, des termes qui concernent les techniques de l'ingénieur et les appareils de pulvérisation, ainsi que des noms des médicaments antipaludiques); la seconde est constituée par un glossaire détaillé, qui sert en même temps d'index au commentaire. Celui-ci comprend trois chapitres consacrés respectivement aux parasistes du paludisme et à l'infection qu'ils provoquent chez l'homme, à la mesure du paludisme dans la collectivité humaine, et au vecteur de l'infection, l'anophèle. Le glossaire donne, pour chaque terme, une définition succincte avec renvoi approprié au commentaire, ainsi que l'expression anglaise équivalente partout où cela s'est trouvé possible.

Les principaux aménagements introduits par rapport à la publication antérieure concernent : la terminologie relative aux formes du parasite chez l'hôte vertébré et à la reproduction exoécérythrocytaire du **Plasmodium**, accompagnée de schémas qui en illustrent les différents types; l'utilisation et l'action des médicaments antipaludiques.

Cet ouvrage, qui tient compte des acquisitions les plus récentes dans les connaissances en matière de paludisme, constitue la seule nomenclature internationale dans ce domaine. Il contient en outre, un exposé de méthodes standardisées pour les enquêtes épidémiologiques sur le paludisme, méthodes dont l'application est particulièrement nécessaire en vue de l'appréciation objective des résultats des campagnes de lutte antipaludique actuellement entreprises dans de nombreuses régions, et de la comparaison de ces résultats à l'échelle internationale. A ces divers titres, cette monographie est un guide indispensable à tous les paludologues et aux autres personnes effectuant des recherches de tout genre sur le paludisme.

« **La vaccination par le B.C.G.** », Etudes effectuées par le Bureau de Recherches sur la Tuberculose à l'O.M.S., Copenhague.

« **Organisation Mondiale de la Santé : Série de Monographies** », N° 12, 323 pages; prix : Fr. fr^{s} 960, Fr. s. 12, L. ou $ 3,00. Il existe également une édition anglaise.

La tuberculose représente une menace constante pour la santé et la vie des populations du monde et, comme il est impossible de concevoir immédiatement une action d'ensemble contre cette maladie, les efforts en vue de mesures préventives de grande envergure ont convergé sur la vaccination par le BCG. Néanmoins, en soumettant plusieurs millions de personnes à une épreuve tuberculinique et à la vaccination contre la tuberculose, les chercheurs se sont heurtés à certains problèmes importants; c'est ainsi que, dans certaines régions, et pour une raison inexpliquée, la vaccination n'a pas déterminé le taux d'allergie tuberculinique jugé suffisant. On s'est alors rendu compte qu'il n'existait que très peu d'informations précises concernant le vaccin lui-même, sa variabilité, ses qualités de conservation, son mode d'administration et, tout particulièrement, ses effets immédiats ou à longue échéance.

C'est en vue d'élucider ces points que le Bureau de Recherches sur la Tuberculose de l'O.M.S entreprit, en collaboration avec le Statens Serum-Institut danois et la Campagne Internationale contre la Tuberculose, une enquête approfondie sur les problèmes fondamentaux de l'immunisation contre la tuberculose, plus particulièrement par le B.C.G.

Les résultats acquis au cours des trois premières années de ces recherches sont réunis dans un rapport détaillé qui vient de paraître dans la Série des Monographies de l'Organisation Mondiale de la Santé. Grâce aux observations objectives et aux analyses critiques qu'elle contient, cette monographie constitue une contribution de grande valeur à l'étude des problèmes que pose la vaccination par le B.C.G.

Les travaux dont il est rendu compte dans cette monographie ont fait l'objet d'études distinctes, qui toutes intéressaient un ou plusieurs de ces problèmes. Au contraire des sujets étudiés, on relève les suivants : influence d'une conservation prolongée du vaccin et de son exposition à la chaleur et à la lumière; variantes dans la technique de l'injection intradermique du vaccin; variantes dans la préparation et la concentration du vaccin; mélange en diverses proportions de bacilles vivants et de bacilles tués; comparaison de vaccin provenant de différents centres de production.

Au total, quelque 40.000 enfants qui fréquentaient les écoles du Danemark, du Mexique, de l'Egypte et d'une région rurale de l'Inde ont été soumis à une épreuve tuberculinique, sur la base de laquelle plus de 23.000 d'entre eux ont été vaccinés. Au cours des examens post-vaccinaux — effectués 2 à 3 mois, un an et deux ans plus tard —, on a mesuré les réactions provoquées par l'épreuve intradermique à la tuberculine, ainsi que la cicatrice au point d'inoculation, et observé les complications locales de la vaccination.

Des données numériques complètes portant sur l'ensemble des épreuves et des examens ont été réunies dans des tableaux annexés à cette monographie et constituent une source précieuse de documentation pour tous les spécialistes de la question.

Ainsi que le relève l'introduction à l'ouvrage dont il s'agit, ce rapport « est consacré à la relation d'une entreprise qui représente quelque chose de nouveau dans l'histoire de la recherche internationale. Cette entreprise a été organisée en vue de répondre à une nécessité mondiale et a été menée à bonne fin avec la collaboration des autorités sanitaires, de médecins et de non-professionnels de nombreux pays ».

« **La Vaccination Antituberculeuse** » Sixième rapport du Comité d'Experts de la Tuberculose. Organisation Mondiale de la Santé : Série de Rapports techniques, N° 88, 11 pages; prix : Fr. fr. 80, Fr. s. 1, 1/9 ou $ 0,25. Il existe également une édition anglaise.

Des preuves convaincantes autorisent aujourd'hui à penser que la vaccination permet de créer une résistance spécifique à la tuberculose. Il reste cependant, dans ce domaine, de nombreux problèmes à résoudre, qui ont fait l'objet des délibérations de la sixième session du Comité d'experts de la Tuberculose de l'O.M.S., dont le rapport vient de paraître.

Ce rapport traite principalement de la vaccination par le BCG. Parmi les questions passées en revue concernant le vaccin lui-même, on peut mentionner : les différences relevées dans les propriétés allergènes des vaccins préparés par des laboratoires différents et dans l'intensité des réactions qu'ils provoquent, et les qualités de conservation des vaccins, notamment des vaccins desséchés sous congélation et des vaccins liquides. De nouvelles recherches sont nécessaires à cet égard.

Les différentes techniques d'administration du vaccin sont discutées, en particulier la vaccination par voie buccale au moyen de fortes doses répétées de BCG (« vaccination concomitante »), ainsi que les méthodes permettant d'évaluer l'allergie produite et la protection conférée par la vaccination. Des indications sont données sur les épreuves tuberculiniques préalables à la vaccination, sur le choix des sujets à vacciner lors des campagnes de masse et sur la revaccination des sujets non allergiques.

Les autres questions abordées dans le rapport sont : la vaccination par le bacille murin et par les bacilles tués (anatuberculine); l'intégration de la vaccination par le BCG dans l'activité des services de santé publique; l'action de l'O.M.S. dans le domaine de la coordination des recherches scientifiques et de la lutte antituberculeuse à l'échelle internationale; et le rôle de la vaccination par le BCG dans la prophylaxie de la lèpre.

Au moment où la vaccination par le BCG est appliquée au cours de campagnes de masse dans de nombreux pays, ce rapport constitue une mise au point des problèmes qu'elle soulève et qui appellent un complément d'étude.


ORTHODAL
MÉDICATION NEURO-SÉDATIVE, TONI-CARDIAQUE et DIURÉTIQUE
Composée exclusivement d'extraits végétaux (olivier, gui, marjolaine, cratægus, passiflore); ne contenant pas de barbituriques, ni de toxiques
Posologie : Selon prescription médicale, 6 à 9 comprimés par jour, avant les 3 repas.
POCHOL
AFFECTIONS DU FOIE ET DE LA VESICULE BILIAIRE
REGULATEUR DES FONCTIONS HEPATO-BILIAIRES
A base d'extraits opothérapiques (bile dépigmentée et décholestérinée poudre, de foie) associés aux extraits de boldo et de combretum et a l'oléate de soude, ne contenant pas de drastiques.
Posologie : Selon prescription médicale, 2 a 4 comprimés par jour, pendant les repas du midi et du soir.
LABORATOIRE DE MÉDECINE EXPÉRIMENTALE G. TÉTARD
S.A.R.L.
7 BOULEVARD DE L'ASSAUT . BEAUVAIS (OISE).

« **L'Alimentation dans les maladies du rein et les affections cardio-vasculaires** », Un volume 115 pages, in-16 jésus, par le Dr Jean F. PORGE de St Nectaire, ancien chef de clinique à la Faculté Préface du Prof. LAUBRY, Editions R. LÉPINE - 330 francs.

De tous les régimes alimentaires, celui qui est appliqué aux malades du rein et du cœur est peut-être encore le plus mal connu et le plus mal appliqué. Encombré de règles périmées difficiles à détruire, il pèche le plus souvent par une sévérité inutile ou un ostracisme irraisonné à l'égard d'aliments parfaitement inoffensifs. C'est ainsi que le régime lacté représente encore pour beaucoup la diététique idéale de toutes les affections cardiaques et rénales; de même qu'il n'est pas rare de voir de malheureux malades porteurs d'une albuminurie bénigne condamnés à un régime de famine d'où la viande est sévèrement exclue.

Qu'il s'agisse du rein ou du cœur, l'auteur a voulu adapter ses régimes à chaque modalité pathologique : d'une part aux variétés fréquentes de néphrite albuminurie simple, néphrites hydropigènes avec oedème, néphrite azotémique avec insuffisance rénale, et à des variétés plus rares, anurie, néphrite lipoïdique, néphropathies gravidiques; encadrant cet ensemble d'un chapitre sur la lithiase rénale; d'autre part il ne se préoccupe pas moins de l'alimentation du cardiaque, qu'il soit en état de compensation ou d'insuffisance, comprenant parmi eux les artéritiques, coronariens ou non et les hypertendus.

Ainsi que l'écrit le professeur LAUBRY dans sa préface : « Réagir contre des règles trop étroites ou désuètes, ne se plier qu'avec réticence à la faveur d'un choix raisonné aux indications tirées de travaux physiologiques éprouvés, leur préférer le plus souvent les enseignements moins catégoriques d'une pratique longue et patiente ».

Tels sont les constants soucis de l'auteur. Il n'a pas craint en outre d'illustrer ses régimes par nombre de recettes utiles qui permettront aux plus difficiles de cuisiner leur plats agréablement et de varier leurs menus. C'est dire que ce précieux ouvrage rendra les plus grands services aux médecins, aux auxiliaires médicaux et aux malades eux-mêmes qui trouveront en lui la possibilité de résoudre de façon judicieuse tous les problèmes de diététiques que pose la pratique journalière.

L'Education Sanitaire de la Population. Organisation Mondiale de la Santé : Série de Rapports techniques, N° 89, 46 pages; prix : Fr. fr. 80, Fr. s. 1,—, 1/9 ou $ 0,25. Il existe également une édition anglaise.

L'éducation sanitaire de la population suscite un intérêt croissant, car elle est un élément essentiel de toute activité tendant à améliorer la santé et le bien-être général. Inculquer à la population les principes de l'hygiène, l'encourager à recourir aux services sanitaires et à favoriser

COLLOGÈNE D'ARGENT

FURONCULOSE
Abcès du sein
Urétrites banales
COLIBACILLOSE

ADULTES : 8 à 12 comprimés par jour pendant 4 semaines

ENFANTS { à partir de 7 ans : 3 à 6 comprimés par jour
jusqu'à 7 ans : 1 comprimé par jour

—o—

AUCUNE TOXICITE

Laboratoires JEANSON — 4, rue du Marché Saint-Honoré
PARIS (1er) — Tél. : OPÉra 07-80

l'exécution des travaux intéressant la santé, n'est qu'un des aspects de l'éducation sanitaire. Celle-ci, judicieusement comprise, s'intègre dans la vie quotidienne, dans les activités familiales et sociales qui fournissent de multiples occasions d'apprendre directement ou indirectement ce qu'est la santé et quelles en sont les conditions.

Dans son premier rapport, le Comité d'Experts de l'Education Sanitaire de la Population (OMS) a envisagé les moyens de tirer le meilleur parti des occasions qu'offre la vie courante d'instruire la population dans ce domaine. Ce rapport est considéré comme une « étude préliminaire de l'éducation sanitaire considérée comme une forme de travail sanitaire commune à des activités nombreuses et diverses ». Il souligne la nécessité d'adapter l'éducation sanitaire aux conditions sociales, économiques et culturelles des pays et de procéder à une étude approfondie de la population avant de lancer un programme d'éducation sanitaire.

Bien qu'il ne renferme pas une étude détaillée des techniques, ce rapport fournit d'amples renseignements sur les principes directeurs de l'éducation sanitaire. Il propose des méthodes permettant d'élaborer des programmes. Il passe en revue les facteurs qui interviennent dans le choix, la mise au point et l'application des méthodes. Enfin, il examine la formation que doit recevoir le personnel chargé directement ou indirectement de l'éducation sanitaire de la population.

Vient de paraître

« **Les Monographies Médicales et Scientifiques** ». Directeur : Dr Jean GARNIER, 20, Rue des Saints-Pères, Paris-7e.

« **Les Médicaments du Poumon** », par le Dr LACORNE, 116 pages, 100 francs.

« **Dermatologie** », fascicule 1 (**prurits urticaires, érythèmes, purpuras**), par le Professeur GATE et le Dr ROUSSET, 104 pages avec 40 photographies, N° spécial : 200 francs.

« **Formulaire de Cardiologie** », par le Professeur SOULIÉ et les Drs VERNANT et RAMPON, 96 pages, 100 francs.

« **Le Diabète sucré** », par le Professeur Agrégé, GILBERT-DREYFUS et le Dr CHIMÈNES, 116 pages, avec 2 schémas et 10 tableaux. N° spécial : 200 fr. Cette Monographie comporte, en outre un supplément sous forme de 5 tableaux, donnant la liste complète des Hormones sexuelles.

DANS LA LEGION D'HONNEUR.

Dans la promotion récente du Ministère des Affaires Tunisiennes et Marocaines, nous relevons les promotions et nominations suivantes :

Pour Officier : MM. les Drs A. Sakka et H. Jadfard.

Pour Chevalier : MM. les Drs J. Demirleau et A. Lellouche.

A nos confrères ainsi remarqués, tous nos compliments très sincères.

—o—

NOS DEUILS.

Notre confrère le Dr Jules Zérah a eu la douleur de perdre sa femme.

Nous lui présentons l'expression de notre très confraternelle sympathie.

—o—

PETITE ANNONCE.

Cause décès. A céder, 15 km. d'Avignon, Cabinet médecine générale, accouchement, radio, logement — Prix 3 M. 5 à discuter — Mme Vve Dr André Benoit à Raquemaure (Gard).

VALS SAINT-JEAN

AFFECTIONS de l'

Estomac

EMBARRAS GASTRIQUES

DYSPEPSIE -- GASTRALGIE

Entérite chez l'enfant chez l'adulte

ARTHRITISME

Eau de Régime faiblement minéralisée, légèrement gazeuse

Pour tous vos imprimés

CARTES DE VISITE

FAIRE-PART

ENTETES DE LETTRE

NOTES, ETC... ETC...

ADRESSEZ-VOUS A

L'IMPRIMERIE

BASCONE & MUSCAT

41, Avenue de Londres

Téléphone : 18.69

TUNIS

Imp. N. BASCONE & S. MUSCAT — 41, Avenue de Londres — TUNIS

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

Pour tous vos imprimés

CARTES DE VISITE

FAIRE-PART

ENTETES de LETTRE

NOTES, ETC... ETC...

ADRESSEZ-VOUS A

L'IMPRIMERIE

BASCONE & MUSCAT

41, Avenue de Londres

Téléphone : 18.69

TUNIS

VALS
SAINT-JEAN

Imp. N. Bascone & S. Muscat — 41, Avenue de Londres — TUNIS
Le Gérant : L. Lemoine — 8, Place du 7 Mai 1913 — TUNIS

le ferment vivant

VIVACIDOL

RÉGÉNÈRE la flore de défense

et

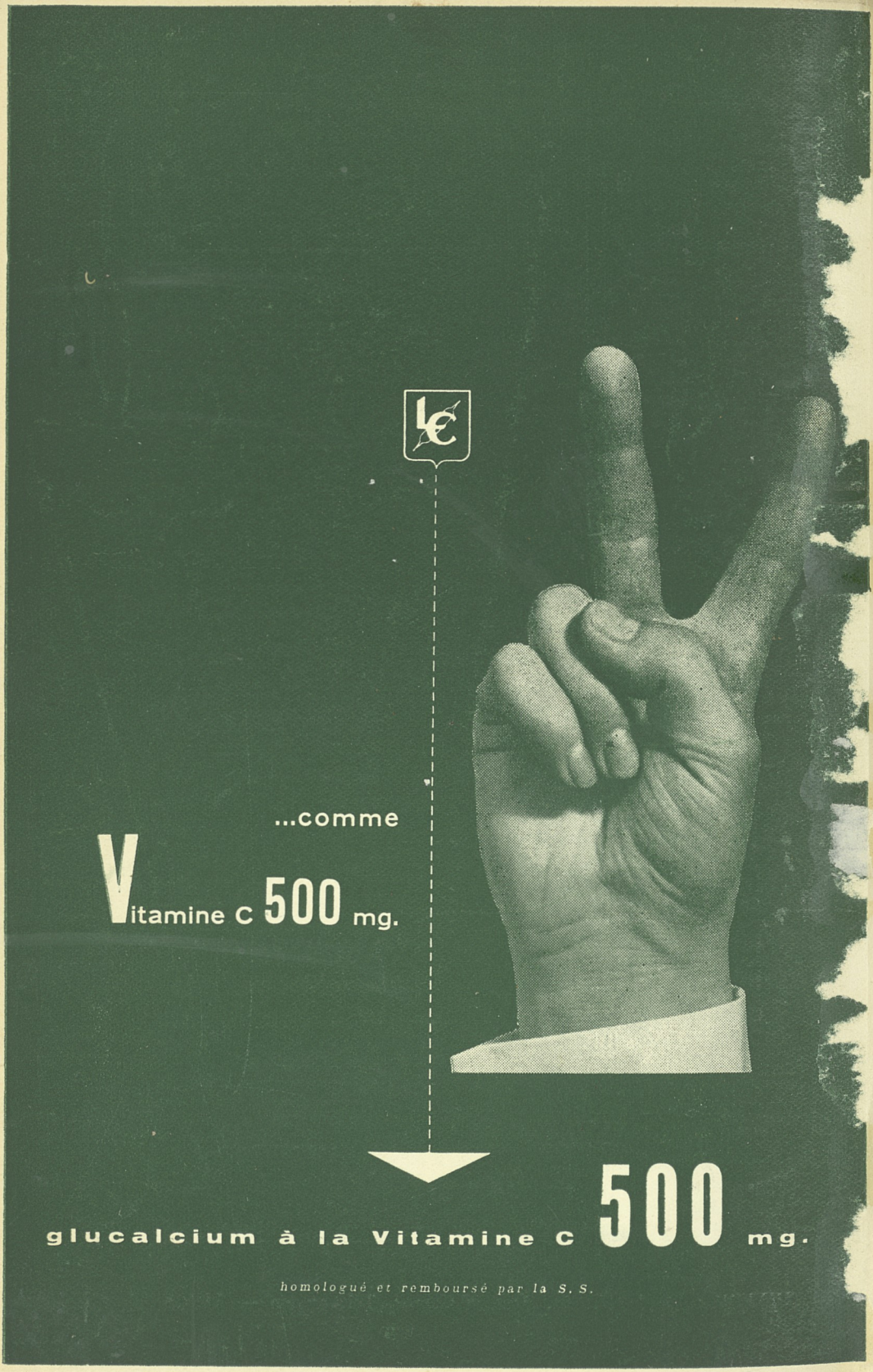
NORMALISE le milieu intestinal

INFECTIONS
INTESTINALES
et séquelles

3 à 4 ampoules
buvables par jour
loin des repas

Laboratoires F. BOUCHARD
6, rue Anna-Jacquin - BOULOGNE (Seine)

TUNISIE : Ets NOTE, 61, **Avenue** Garros, Tél. 97.090 — **TUNIS**



TUNISIE — Ets NOTE, 61, Avenue Garros — Tél. 97.090 — TUNIS

N° 10 Décembre 1954

LA TUNISIE MEDICALE

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

et

BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI RÉUNIS

Siège Social : 25, Avenue de Paris — TUNIS

NERIOL

Comprimés à 0,2 mg. d'Oléandrine NATIVELLE

Cardiotonique majeur non cumulatif, diurétique
Pleinement actif par voie buccale

LABORATOIRE NATIVELLE

BIPHÉDRINE

PÉNICILLINE

HUILEUSE AQUEUSE

EPANAL

COMPRIMÉS

SUPPOSITOIRES 1 · 2 · 3 · 5 · 10

NÉO-CODION

SUPPOSITOIRES

GOUTTES DRAGÉES

GASTRO-SODINE

PLURIBIASE

LABORATOIRES DU DOCTEUR E. BOUCHARA, 47, RUE DE BRETAGNE, PARIS IIIe

XXXXIIe ANNÉE - No 10
Décembre 1954

LA TUNISIE MÉDICALE

ORGANE DE LA SOCIÉTE DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS, DU CONSEIL DE L'ORDRE DES MEDECINS DE TUNISIE

et

BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI RÉUNIS

Comité de publication

— Le Rédacteur en Chef	Dr M. Uzan	Comité de lecture
— Le Rédacteur en Chef Adjoint	Dr J. Cuénant	
— Le Président de la Société des Sciences Médicales	Dr Dupoux	
— Messieurs les	Dr H. Bonan	
	Dr M. Hadjoudj	
— Le Secrétaire de la Société des Sciences Médicales	Dr A. Sebag	
— Le Secrétaire du Conseil de l'Ordre .	N.....	
— Le Secrétaire du Syndicat Médical Français et Tunisien	Dr H. Coursières	
— Le Secrétaire du Syndicat des Médecins Tunisiens.....	Dr M. Azaïz	

Administration : L. Lemoine, 8, passage du 7 Mai — Tunis
Téléphone : 72-55

Publicité pour la France : **Stéphane BATARD**
4, Place de l'Hôtel de Ville - Le Raincy (S.-et-O.)
et 8, Rue Montyon - Paris IXe - Téléph. Provence 68.60

Reproduction interdite
Tous droits réservés pour tous pays

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

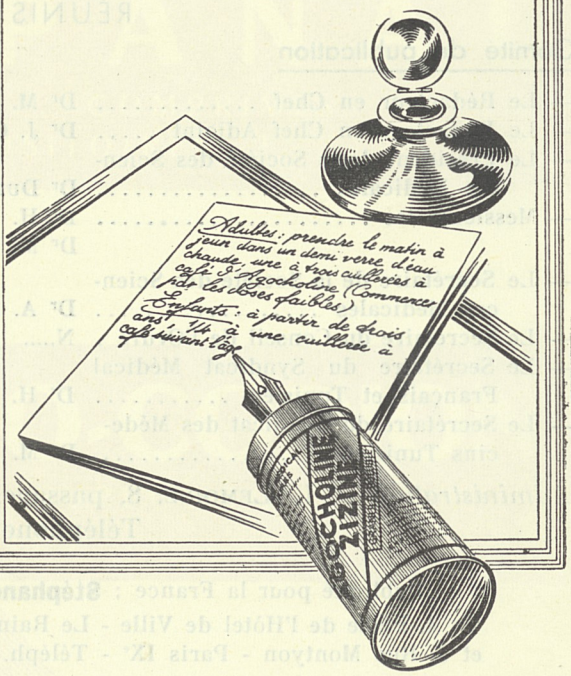
GRANULÉ SOLUBLE

AGOCHOLINE

DU DOCTEUR ZIZINE

Congestion du foie et de la vésicule biliaire. Lithiase biliaire. — Ictère. Cholécystites chroniques. Troubles digestifs et généraux d'origine hépatobiliaire.

AGENT DE DRAINAGE BILIAIRE d'une remarquable activité



ÉDITIONS PAUL MARTIAL — PARIS

LABORATOIRES ZIZINE — 24, RUE DE FÉCAMP — PARIS-12e

SOMMAIRE (Ire Partie)

PAGES

Le Docteur Raoul Dana 1080

La Gérontologie, par le Dr S. Benmussa 1085

Société des Sciences Médicales de Tunisie 1103

Leucose aiguë chez un nourrisson de un mois, par Emile Samama, Ch. Zérah et M. Cohen 1105

Purpura thrombopénique constitutionnel-splénectomie, par les Drs Benmussa, Demirleau, Caruana, Hamza et Mme Haddad 1107

Société des Sciences Médicales de Tunisie 1111

A propos du syndrome de Mauriac, par Maurice Cohen 1113

Méningites itératives à intervalles prolongés, par A. Corcos . . . 1119

La bronchographie lipiodolée chez l'enfant, par R. Broc et S. Halfon 1127

UN COMPOSÉ IODO-SOUFRÉ DÉRIVÉ DE LA MÉTHIONINE
DIRECTEMENT ASSIMILABLE - BIEN TOLÉRÉ

LOBARTHROSE

IODURE DE MÉTHIONINE - MÉTHYLSULFONIUM
AMPOULES DE 1 cm³ POUR INJECTIONS INTRAMUSCULAIRES
dosées à 10 % (0,10 g par ampoule) boîte de 10 ampoules.
RHUMATISMES - ARTHROSES - ARTÉRIOSCLÉROSE
Agréée à l'usage des collectivités et de divers services publics.
Remboursable par la Sécurité Sociale.

LOBICA

LABORATOIRES LOBICA - 25, RUE JASMIN - PARIS 16e

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

CITHYMÈNE

Affections des voies respiratoires :



FRICTIONS



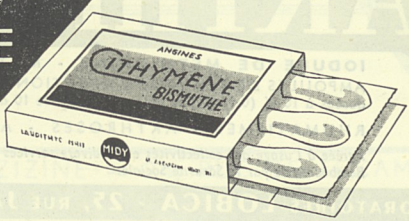
SUPPOSITOIRES et ampoules



SIROP

Angines :

CITHYMÈNE BISMUTHÉ



MIDY
1718
67, Av. de Wagram
PARIS

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

SOMMAIRE (2me partie)

PAGES

Anémie hémolytique acquise avec hémoglobinurie par auto-anticorps. Rôle éventuel de l'hyperalexinémie, par MM. B. HAMZA G. DIACONO et Mme CASTAY 1141

Chronique : Marcel Proust vu par un médecin, par Félix MASSELOT 1151

Société Médicale des Hôpitaux d'Alger 1158

Journées Scientifiques de médecine préventive et sociale (Vichy, 4-5 septembre 1954) 1165

Analyse. Le problème : Le Grand Oublié, par G. KRAUS 1185

Informations 1189

L'aide à la recherche médicale 1196

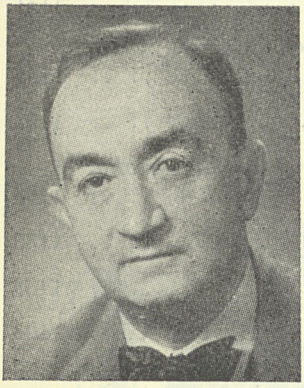


TUNISIE : Ets H. BONAN — 34, Rue de Marseille — TUNIS

In memoriam

Le Docteur Raoul DANA

1899 - 1954



Le Corps Médical de Tunisie, les Hôpitaux de Tunis, la Science médicale tunisienne, viennent tous ensemble, de subir une très lourde perte. Raoul Dana vient d'être fauché à l'âge même de la moisson. La « Tunisie Médicale » à laquelle il a tant collaboré, mesure avec une profonde tristesse tout le poids de cette disparition.

Aux obsèques, où les médecins se rendirent très nombreux, des voix hautement autorisées ont dit toute notre peine et tout ce que notre mémoire va conserver du souvenir de notre grand ami.

Voici d'abord les mots touchants que S.E. le Dr Zaouche, Ministre de la Santé Publique, trouva avec une émotion difficilement contenue, devant le cercueil de notre confrère regretté :

C'est un bien pénible devoir que j'assume aujourd'hui, d'avoir à saluer la dépouille mortelle de notre cher confrère, de mon excellent ami, le Docteur Raoul Dana.

Tout simplement, je tiens à évoquer quelques aspects de notre confrère :

D'abord l'homme, toujours souriant, affable, d'une affabilité teintée d'humour, toujours de bon conseil, toujours prêt à rendre service, toujours prêt à servir.

Ensuite, le médecin et tout particulièrement le Chef de Service de l'Hôpital de la Libération.

Qui de nous n'a encore présente à la mémoire la silouhette menue de Raoul Dana passant en revue, tous les matins, tous ses malades, s'y intéressant affectueusement, discutant avec ses collaborateurs, en ami, du diagnostic et du traitement.

Pour moi, combien j'appréhende le moment où, ma mission terminée au Ministère de la Santé Publique, je reprendrai le chemin de mon Service d'Oto-Rhino-Laryngologie et où je n'aurai plus jamais le plaisir de le rencontrer dans son service ou de siéger avec lui dans notre Conseil de Santé.

Enfin, je veux encore évoquer l'homme de science qui a toujours apporté sa contribution à la haute tenue de notre Société des Sciences Médicales et à l'enrichissement du patrimoine scientifique de la Tunisie.

Dieu Soit Loué ! Il a eu la profonde satisfaction et l'insigne honneur d'avoir été le Président de notre Société au cours de cette année jubilaire qui a été la consécration de l'Ecole Médicale Tunisienne, à qui nos Maîtres de France ne se font pas faute de rendre hommage, chaque fois que l'occasion leur en est offerte.

Madame, j'en ai fini. Mais je tiens à vous affirmer, à Vous, à vos enfants que vous n'êtes pas seuls à supporter le poids de votre immense douleur.

En tant que Ministre de la Santé Publique, je me dois, enfin de vous transmettre les condoléances de S. A. le Bey, que ses inclinations personnelles rapprochent tant des médecins; de S. E. le Président du Conseil, de tous mes collègues du Gouvernement.

Permettez-moi d'y joindre les miennes, sincères et affectueuses.

Auparavant, le Dr Dupoux, Président de la Société des Sciences Médicales, avait prononcé le discours, affectueusement ému, suivant :

J'ai le triste privilège, au nom des médecins de Tunisie, au nom de la Société des Sciences Médicales dont il fut un des Présidents les plus éminents, d'adresser au confrère, à l'ami, un dernier adieu.

Sa disparition prématurée, brutale, a soulevé parmi le Corps médical où il était aimé et respecté, un écho douloureux. Ses amis, au nombre desquels je m'honorais d'être, en sont accablés et ressentent profondément la perte cruelle d'un être cher, dont la vie fut toute de dévouement, de bonté et de labeur.

Certes, nous savions que le mal dont il avait subi les premières atteintes, il y a quelque quatre ans, faisait peser sur lui une menace constante qui pouvait à tout instant le terrasser. Médecin, il ne l'ignorait pas lui-même. Il connaissait la gravité de son état, et la complication redoutable qui pouvait, d'un jour à l'autre, le frapper; mais il avait l'énergie et la volonté de souffrir en silence sans jamais rien laisser paraître de son inquiétude. Ses malades, à qui il a dispensé jusqu'au bout la totalité de ses forces, ne devaient jamais s'apercevoir que les jours lui étaient comptés, de même que ses proches, ses amis, ne pouvaient jamais déceler sur son visage l'apparence du découragement. Refusant le repos qui lui était conseillé, conscient du caractère sacré de sa mission, il s'imposait de s'oublier lui-même pour mieux se donner à la souffrance des autres. Et c'est en pleine sérénité, en pleine conscience de son sacrifice, qu'il a pris congé de la vie.

Tout au long d'une carrière qui fut brillante, mais dont le destin ne lui a pas permis de récolter pleinement le fruit, RAOUL DANA, par sa valeur professionnelle et scientifique, par ses qualités de cœur, jointes au plus haut sentiment du devoir, s'était acquis une réputation qui l'avait placé parmi les meilleurs et les plus appréciés d'entre nous.

Après de solides études à la Faculté de Paris, RAOUL DANA revint à Tunis où, bien vite, il sut gagner la confiance de ses malades et l'estime des ses confrères, Travailleur acharné, attiré par la clientèle hospitalière, où pouvait s'épanouir sa vocation de médecin, son goût de la recherche et du progrès scientifique, il se présenta, en 1937, au concours de médecin des hôpitaux où il fut brillamment reçu.

Affecté tout d'abord à l'hôpital Charles Nicolle, il fut ensuite désigné pour occuper le poste de chef de service de médecine de l'hôpital de la Libération. C'est dans ce service qu'il aimait passionnément, auquel il se consacra avec enthousiasme, avec bonté, avec ferveur, qu'il donna toute la mesure de sa valeur scientifique et déploya les qualités qui lui valurent la reconnaissance de ses malades, l'attachement des élèves qu'il a formés et l'affectueuse considération des nombreux confrères qui se plaisaient à y venir suivre sa visite et profiter de son expérience. Il réservait à son service hospitalier ses matinées entières, s'arrêtant au chevet de chaque malade, étudiant chaque cas, le discutant avec ses assistants et ses internes, et établissant avec un soin méticuleux son diagnostic et sa thérapeutique. Combien de fois m'y suis-je rendu moi-même, et je le vois encore m'accueillir, la main franchement tendue, et avec son bon sourire, m'interrogeant sur les travaux que nous faisions en commun, me faisant part de ceux qu'il poursuivait avec ses collaborateurs.

Sa droiture, sa probité professionnelle, l'avaient naturellement désigné aux suffrages de ses confrères, lors des élections au Conseil de l'Qrdre. Constamment réélu, il s'y fit remarquer par ses sages conseils et ses avis éclairés.

Membre correspondant national de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, membre de la Société de Pathologie exotique de Paris, ses publications nombreuses et très remarquées étoffaient nos séances de la Société des Sciences Médicales, forçant l'attention générale et soulevant des discussions du plus haut intérêt qu'il soutenait toujours avec brio. Aussi, lorsqu'en 1952 notre Société des Sciences Médicales, vieille de cinquante ans, célébra son année Jubilaire, avec le concours des Maîtres les plus éminents de l'Université de Paris, est ce à Raoul DANA, qu'elle fit appel pour la présidence de nombreuses manifestations scientifiques, des congrès et conférences qui devaient se dérouler, Lourde tâche, en vérité, et il fallait des qualités aussi éprouvées que celles que nous lui reconnaissons pour en supporter le poids

et mériter la confiance qu'à cette occasion tous ses confrères lui témoignaient. Il s'y consacra avec une volonté tenace et une ardeur inlassable, s'y attacha avec cœur, y déploya toute sa science, son activité, et ses talents d'organisateur. Une magnifique réussite vint couronner ses efforts, et ce fut pour notre Société la consécration éclatante de sa vitalité et de son renom. Comme il le souhaitait, la Société des Sciences Médicales de Tunisie, après cette année jubilaire, brillait d'un lustre tout particulier. Le livre jubilaire qu'il fit éditer avec le précieux concours de son ami et collaborateur Raymond DIDIER en est l'admirable témoignage.

DANA avait obtenu le succès et la récompense de ses efforts. A cela venait s'ajouter la Croix de la Légion d'Honneur qui lui fut remise par le Résident Général VOIZARD au cours d'une cérémonie émouvante où tous ses confrères s'étaient fait un devoir de lui apporter l'hommage de leur amitié et de leur reconnaisance.

La destinée qui déjà, avait implacablement marqué DANA, lui a laissé du moins cette joie suprême,comme elle avait laissé à notre premier président, le regretté Dr CUÉNOD, celle d'assister au jubilé de notre Société qu'il avait fondée cinquante ans auparavant. Mais, hélas elle a voulu aussi, qu'en cette année 1954, et à quelques mois de distance, ils soient unis dans la tombe, et que nous les pleurions aujourd'hui tous deux.

Nous nous inclinons respectueusement devant votre douleur, Madame, devant celle de ses enfants. Puissent toutes les affections qui vous entourent, atténuer votre immense chagrin. Puisse aussi tout le bien que nous pensons de celui qui n'est plus, être pour vous un réconfort.

Mon cher DANA, en vous adressant cet ultime adieu, je vous donne l'assurance que votre souvenir demeurera parmi nous à la place de choix que vous réservent notre haute estime et notre affection. Dormez en paix auprès de ceux que vous avez chéris, auprès de ce frère que vous avez tant aimé. Comme lui vous avez fait le sacrifice de votre vie : lui pour la France, vous pour la Science Française et pour ceux que vous avez soulagés.

L'un et l'autre vous avez bien mérité.

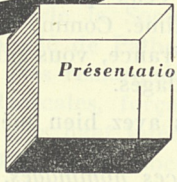
Se joignent à tous ces hommages, rendus à la mémoire de Raoul DANA, *la Rédaction et l'Administration de la « Tunisie Médicale », prient sa veuve, fille de notre confrère* C. HALFON *si cruellement éprouvé déjà, ses filles, ses sœurs et ses beaux-frères parmi lesquels notre ami le* Dr A. SARFATI, *ainsi que tous ceux parents, élèves, amis, que ce deuil afflige, de bien vouloir recevoir ce témoignage de leur sympathie et leurs vives et sincères condoléances.*

anti-rhumatismal

cortalgone

l-ascorbo-α-phénylquinoléine-γ carboxylate de strontium.

anti-algique
anti-inflammatoire
antipyrétique
atoxique



Présentation : Boite de 40 et 100 dragées (remboursées par la S. S.)

Posologie : 6 à 12 dragées par jour à intervalles réguliers entre les repas

F. JOSEPH

laboratoires *Biosedra*

28, Rue Fortuny — Paris 17e
Tél. : Carnot 20.22 et 23

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

LA GERONTOLOGIE (1)

par le Dr S. BENMUSSA

—o—

Les sciences médicales se sont enrichies ces dernières années, par une nouvelle source de recherches : la Gérontologie.

La Gérontologie est l'étude de la sénescence, en dehors de tout état pathologique, laissant à la Gériatrie l'étude des maladies du vieillard.

Le terme de Gérontologie est dû à Géronte, qui vient du grec Géron, ontos, qui veut dire vieillard. C'est ainsi que les Grecs dénommaient les membres du Sénat de Lacédémone et de l'île de Crète. Les sénateurs devaient être âgés de 60 ans au moins. C'étaient des sages : c'est ainsi qu'on les considérait dans l'antiquité. Il faut croire que le vieillard se portait alors fort bien, et ne prêtait pas à rire. Il en fut tout autrement par la suite. Car au XVIIe siècle, le nom de Géronte prit un sens nettement péjoratif. Ainsi MOLIÈRE dans le « Médecin malgré lui » et les « Fourberies de Scapin », REYNAUD dans « Le Légataire universel » donnent le nom de Géronte à un vieillard sot, entêté, malade, en général goutteux et qui se laisse berner. Ce tableau ridicule que le littérateur a voulu donner au vieillard, a certainement contribué à la terreur de vieillir.

La peur de la déchéance, de la décrépitude, est restée de tous les temps le souci dominant de l'humanité Les légendes de Mathusalem. de Priape, de Faust, de la Fontaine de Jouvence, ont toujours eu un succès auprès des foules.

Or si la vieillesse n'est pas vaincue, malgré les progrès scientifiques, du moins la mort semble reculer. Et ceci est une des raisons fondamentales de la création de ce paragraphe nouveau de la médecine que je vais vous exposer aujourd'hui.

Le nombre de vieillards a en effet augmenté considérablement. Toutes les statistiques sont d'accord. L'âge moyen de la vie humaine était en effet de 30 ans en 1750, de 45 ans en 1900; il est de 62 ans en 1950. La proportion de sexagénaires a augmenté de 65 %, celui de septuagénaires de 122 %, et celui des octogénaires de 200 %.

Notre Doyen BINET a rapporté une statistique particulière sur la longévité des Parisiens. Il a pu constater qu'à Paris, le pourcentage des décès avant 50 ans qui était de 58 % en 1900 a été réduit à 24 % en 1950.

Il est évident que l'augmentation tellement considérable des vieil-

(1) Causerie faite le 4 novembre 1954 dans le Service du Dr S. BENMUSSA.

lards pose dans le monde entier des problèmes nombreux : démographiques, sociologiques, économiques et aussi pathologiques. Car si la mortalité a diminué, la morbidité a augmenté. Une statistique, due à une Compagnie d'Assurance-Vie, donne les chiffres suivants qui sont pleins d'intérêt; elle signale pour les hommes de 30 ans, 6 pour 1.000 de maladies chroniques et pour ceux de 70 ans, 50 %. Au delà c'est du 82 %. On comprend dès lors l'importance de cette nouvelle spécialité : la Gériatrie.

Est-il possible de la séparer de la Gérontologie, c'est-à-dire de l'étude physiologique du vieillard sain ? C'est bien difficile. Car s'il est parfois bien difficile de préciser les limites de la santé et de la maladie chez l'adulte normal, le problème paraît encore bien plus ardu quand il s'agit d'un vieillard, dont les tissus, les organes, les fonctions sont en période d'involution, portent des lésions dégénératives, ou de séquelles de maladies antérieures.

Cependant, quoique la frontière de la santé et de la maladie soit difficile à préciser, nous nous en tiendrons autant que possible à l'étude des phénomènes physiologiques normaux de la sénescence, en faisant quelques incursions dans la gériatrie, quand on ne pourra faire autrement.

Dans une simple causerie comme celle d'aujourd'hui, il est impossible de rappeler tous les travaux que j'ai pu réunir, à votre intention, sur ce sujet. C'est donc une vue d'ensemble sur la question que je vais vous exposer.

Pour la commodité de la description, après un essai d'étiologie générale de la sénescence, je vous exposerai ses effets successivement sur le système artériel, le cœur, les poumons, le squelette, les glandes endocrines, le sang, le cerveau, sur le métabolisme du Soufre et de l'Iode pour terminer par quelques mots sur les essais thérapeutiques.

En réalité la question n'est pas tout à fait neuve, car les savants se sont toujours intéressés à la nature du vieillissement et au mystère de la longévité.

L'Hérédité et l'Ethnicité ont été envisagés. Il semble qu'il faille accorder à l'une et à l'autre une certaine importance. KEMP rapporte que les individus âgés de 92 ans sont 6 fois plus nombreux en Norvège qu'en Suisse. LAURENCE découvre une colonie de super-centenaires à prédominance de mâles à Abkharie sur la Mer Noire, près des terres bibliques où vécut Mathusalem. On aurait compté en ces lieux, au moment de son enquête, 35 personnes dont l'âge variait de 113 à 136 ans, ingambes et pleins d'entrain, dit LAURENCE. Il est de fait que la longévité semble avoir un caractère familial, nous en connaissons plusieurs exemples.

Quant à la cause et la nature du vieillissement, plusieurs théories ont été successivement envisagées.

HISTORIQUE

Au XVIIIe siècle on a parlé de décroissance de la force vitale, théorie dont le moins qu'on puisse dire c'est qu'elle manque de clarté.

Au début du XIXe siècle, on a parlé d'usure.

C'est à la fin du XIXe siècle, que Weissmann et Brown-Séguard établissent une théorie basée sur le fonctionnement des glandes génitales.

En 1900, Mitchnikow attribue le vieillissement à un empoisonnement lent par les toxines intestinales.

En 1908 apparaît une théorie colloïdale. La sénescence serait due à une déshydratation progressive des colloïdes tissulaires. Peu après les recherches prirent un autre aspect par l'étude des cultures de tissus. Ces travaux ont montré que la mort des tissus n'était pas un phénomène inexorable et que la vie d'un organe ou d'un organisme est fonction de sa faculté de régénération.

Enfin, Bogomoletz attribue le vieillissement au tissu réticulo-endothélial.

Ainsi, de cette rapide énumération, il résulte que dans l'état actuel des recherches, la ou les causes du vieillissement restent parfaitement inconnues, et nous nous bornerons à en constater les effets sur l'organisme.

Quoique, d'après Bogomoletz, l'homme a l'âge de son tissu conjonctif, nous continuerons à adopter pour la commodité de notre exposition, la vieille formule : l'homme a l'âge de ses artères.

En effet, c'est l'altération sénile du système artériel qui paraît être, tout au moins en grande partie, le point de départ des lésions de vieillissement de la plupart des organes et cela en modifiant et en diminuant le potentiel de la circulation sanguine.

L'ARTERIO-SCLEROSE

Le problème de l'artério-sclérose est à la frontière du vieillissement normal et de la maladie, ou du moins on l'a considéré longtemps comme tel. Cependant il semble actuellement qu'il ne s'agit pas d'une simple conséquence de la sénescence, mais d'une véritable maladie des vaisseaux, dont la cause reste inconnue.

C'est donc une première incursion dans la Gériatrie que nous allons faire. Car elle est si fréquemment observée chez le vieillard qu'il est impossible de ne pas en parler. En effet, quelles que soient les théories pathogéniques émises, il est un fait probant que, quel que soit le pays, la maladie atteint dans 95 % des cas des individus âgés de plus de 70 ans.

SOBIO

AGÉRON

ranime l'élan vital

SYNERGIE BIVITAMINIQUE **POTENTIALISÉE ET COMPENSÉE**, PAR L'ADMINISTRATION **MASSIVE** ET **BALANCÉE** DE L'ASSOCIATION **ACIDE NICOTINIQUE-THIAMINE**

●

REVIGORATION PHYSIQUE ET MENTALE
A TOUS LES AGES

PRÉVENTION DES ACCIDENTS DE L'ANTIBIOTHÉRAPIE
ALGIES DE TOUTES NATURES
MÉDICATION VASO-DILATATRICE

●

- Commencer par 1 comprimé à chacun des 3 repas.
- Augmenter progressivement les doses jusqu'à un maximum de 9 comprimés par jour ; se maintenir un mois à la dose maxima bien tolérée par le malade (entre 3 et 9 par jour).
- La vaso-dilatation faciale est sans danger : seule son intensité anormale peut conduire à limiter les doses.

A 2

REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE ET AGRÉÉ PAR LES COLLECTIVITÉS

LABORATOIRES SOBIO - 20, RUE D'AUMALE, PARIS-9e - PIG. 65-59

TUNISIE : **Agence Pharmaceutique Française**, 8, Passage du 7 Mai - TUNIS
ALGERIE : Toutes Pharmacies
MAROC : **Ets PLATON**, 39, Rue du Soldat Jouvencel - CASABLANCA

L'artério-sclérose ou plutôt l'athéro-sclérose est une maladie dégénérative des vaisseaux caractérisée par la production des plaques d'athéromes dans la paroi artérielle.

Après la théorie surrénalienne ou plutôt adrénalinique de JOSUÉ en 1903, vinrent en 1912 les premières expériences sur l'action du cholestérol. C'est ANISTSCHKOW qui le premier a pu produire des lésions athéromateuses chez le lapin en le soumettant à un régime hyper-cholestériné. Par la suite les travaux expérimentaux se sont multipliés. On a attribué ce dépôt de cholestérol à l'involution de la thyroïde, à un trouble du métabolisme des lipides. Quoi qu'il en soit, il semble que, actuellement, il faille s'en tenir, jusqu'à nouvel ordre, à l'opinion de LEARY et de HEPER.

L'athéro-sclérose, aussi bien chez l'homme, qu'expérimentalement chez le lapin est due à la présence d'esters du cholestérol en excès dans les cellules phagocytaires de la tunique interne de la paroi artérielle. Par ailleurs, l'hérédité, les intoxications endogènes ou exogènes dont le plomb est le meilleur exemple, les agressions multiples du système neuro-végétatif par le surmenage et l'hypertension actuelle permanente, enfin certaines infections chroniques, rendraient plus fragiles les parois artérielles et faciliteraient la fixation du cholestérol sous la forme de placard athéromateux.

Tel est schématiquement l'état actuel sur la pathogénie de l'arthéro-sclérose. Maladie dont les retentissements sur le cerveau, les reins et le cœur sont graves et irréversibles.

CŒUR

Le cœur du vieillard ne serait pas malade, si les artères ne l'étaient pas.

Il a seulement un tableau anatomo-physiologique particulier qui est compatible avec une longue vie.

Le cœur sénile a été étudié par BOY TESSIER, LAUBRY-ROUTIER, MOUQUIN, en France, BALFOUR en Angleterre, DOGLIOTTI en Italie.

J'emprunte ce paragraphe à un article fort bien fait de RACINE paru dans la « Revue de l'Histoire de la Médecine ». Celui-ci définit le cœur sénile de la façon suivante :

« Etat anatomique particulier, altérant le cœur et les vaisseaux de la base et se traduisant sur le plan clinique par des signes allant de la tolérance organique parfaite aux manifestations fonctionnelles diverses. »

Morphologiquement, il semble que ce soit le seul organe dont l'involution ne se traduise pas par une diminution du poids et du volume.

Histologiquement, la sénescence cardiaque se traduit par une atro-

phie assez peu marquée d'ailleurs, des fibres musculaires, avec une augmentation de la pigmentation. Une augmentation surtout du tissu élastique. Le tissu collogène et réticulaire reste invariable. En somme il s'agit d'une atrophie brune avec hyper-élastose.

Cette augmentation du tissu élastique, est certes moins nocive qu'une prolifération fibreuse interstitielle, car elle ne nuit pas beaucoup au pouvoir contractile du cœur, mais elle diminue son rendement. Elle diminue surtout sa réserve réactionnelle, et c'est ainsi que l'hémodynamie cardiaque est modifiée.

Il s'ensuit des modifications dans la circulation générale. La T. A. augmente, mais seulement la maxima. La différentielle s'en trouve élargie. La pression veineuse fait l'inverse, elle est toujours abaissée et diminue régulièrement avec l'âge.

L'aspiration diastolique est diminuée et la durée de la systole est augmentée. Il en résulte une diminution importante de la vitesse de la circulation qui est ralentie de 40 à 50 %.

Quant au rythme, il diminue avec les années et augmente à un âge très avancé. A ce sujet on a pu prouver que le cœur pouvait durer d'autant plus longtemps qu'il travaille à un rythme plus lent.

Cliniquement. — Deux signes fonctionnels sont particuliers au cœur sénile : les algies précordiales et la dyspnée.

Les algies précordiales se présentent sous la forme d'élancements intermittents; ce sont des douleurs fugitives, parfois des douleurs d'efforts typiques. Plus rarement c'est un infarctus du myocarde à pronostic favorable et dont la symptomatologie est atténuée, marquée par des troubles digestifs.

Quant à la dyspnée. — C'est une dyspnée d'effort, liée, le plus souvent à des altérations séniles de la ventilation pulmonaire, et à la diminution des possibilités réactionnelles du myocarde.

L'examen schématique montre différents signes :

soit des extra-systoles, ce qui est sans importance;

soit une arytmie complète, laquelle est fort bien tolérée;

soit encore une tachycardie totale influencée par l'effort ou bien par dissociation auriculo-ventriculaire décélée par l'électrocardiogramme.

L'examen électro-cardiographique reproduit exactement les signes cliniques que nous venons de relater. Il est modifié dans 40 % des cas. Il montre, soit des troubles du rythme, soit des anomalies de la conductibilité intra-ventriculaire, sous la forme de bloc de branches dont le pronostic est moins mauvais que chez les jeunes, soit des troubles de l'irrigation myocarditique, soit encore des anomalies importantes, tel que le complexe de bas voltage qui reste un élément de pronostic facheux, car il entraîne après quelques années des accidents graves.



ANDROTARDYL

POUR L'ANDROGÉNOTHÉRAPIE RETARD

REMBOURSE PAR LA SECURITE SOCIALE

SOCIÉTÉ D'EXPLOITATION DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES SPÉCIALISÉS
SERVICE SCIENTIFIQUE :
89, AVENUE DE LA BOURDONNAIS — PARIS — VIIe
TÉL. INV 74-19

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

Tel est le cœur sénile, dont la caractéristique dominante est d'être plus tolérant aux désordres anatomiques qui paraissaient alarmants au premier abord et plus fragiles devant les maladies intercurrentes, et plus particulièrement aux maladies du poumon.

POUMONS

La caractéristique du poumon vieilli est l'insuffisance et les troubles de la ventilation pulmonaire.

Léon BINET et ses collaborateurs ont publié tout récemment des recherches sur la fonction respiratoire du vieillard.

Ils ont étudié la ventilation pulmonaire chez 60 femmes âgées de plus de 60 ans, indemnes de toute altération pathologique de l'appareil cardio-respiratoire.

Il résulte de leurs observations que la diminution fonctionnelle du poumon survient avant la soixantaine.

Alors que la ventilation au repos reste correcte, on enregistre surtout une diminution des réserves ventilatoires, rendant l'effort de plus en plus difficile.

On constate en outre une dissociation entre le pouvoir d'inspiration qui est à peu près conservé, et le pouvoir d'expiration qui est de plus en plus altéré avec l'âge. Il en résulte une diminution de la consommation tissulaire d'oxygène.

Et ceci contribue au vieillissement des autres appareils que nous allons étudier, plus durement touchés par la sénescence, car ils subissent le contre-coup de modifications importantes des métabolismes, nutritionnels et hormonaux. Il s'agit de l'appareil locomoteur et du système endocrinien.

SQUELETTE

Le squelette est sérieusement modifié par la sénescence. Il est atteint de deux sortes de lésions dégénératives : l'ostéoporose et les arthroses.

Par l'ostéoporose les os sont globalement fragilisés. On l'observe radiologiquement à l'amincissement de la corticale des os longs et à la raréfaction des travées osseuses des os courts. Nous savons que l'ostéoporose est due aux troubles métaboliques protidiques, provoquant une raréfaction de la trame protidique et l'inertie des ostéoblastes. Par ailleurs l'os subit aussi les conséquences des troubles du métabolisme phospho-calcique.

Les mêmes facteurs étiologiques jouent dans les lésions arthrosiques. On connaît leur fréquence particulièrement chez la femme. On

donne le chiffre de 23 % de femmes ménopausées atteintes de Rh. dégénératif.

L'andropause masculine provoque moins de lésions articulaires : 1 homme pour 5 femmes.

LAYANI décrit les causes locales de l'arthrose de la façon suivante : normalement le tissu conjonctif articulaire est formé par des fibrilles ténues, disposées en feutrage serré, constituant la tramicule.

Le microscope électronique a montré que ces fibrilles étaient elles-mêmes constituées par des fibrilles encore plus ténues. Toute la valeur de ce tissu conjonctif dépend de la solidité des liaisons entre les fibrilles, leur cohérence empêchant l'interposition de substances étrangères. La baisse du potentiel de ces liaisons permet la dégénérescence fibreuse et la mataplasie calcaire.

Morphologiquement la lésion commence au centre de la zone superficielle du cartilage d'encroûtement; il se désagrège et met à nu la surface osseuse sous-jacente. L'os dévitalisé, sans sa matière protidique, n'est plus apte à fixer le calcium. Les éléments calciques libérés restent sur place et créent les ostéophytes, en plein tissu collagène.

Quant à la capsule et à la synoviale, elles sont atteintes par des lésions secondaires, fibreuses et sont infiltrées de calcium.

Le rôle joué par les glandes endocrines dans ces lésions ostéo-articulaires paraît évident. Car en dehors même de toute sénescence, les relations des maladies du squelette et des glandes sont nombreuses : rhumatisme acromégalique, ostéoporose thyroïdienne, ostéose parathyroïdienne, etc...

Or, dans les phénomènes de la sénescence, le déséquilibre endocrinien est au premier plan amorcé par la déficience progressive des gonades.

LES GLANDES ENDOCRINES

La régression des glandes génitales dans les deux sexes, et en particulier chez la femme, est si évidente qu'elle a été longtemps considérée comme l'un des facteurs les plus importants de la sénescence.

Ovaires. — L'involution des ovaires est très précoce, puisque les menstruations disparaissent vers la cinquantaine. En fait, la fonction endocrine est réduite 10 ans auparavant par suite de l'absence de corps jaune. Chez la femme âgée, les ovaires subissent une atrophie totale qui transforme la glande en bloc fibreux. Après une diminution progressive qui peut durer des années, les sécrétions œstrogéniques disparaissent.

L'utérus s'atrophie progressivement, de même que la cavité vaginale et on assiste à la régression de tous les caractères sexuels secondaires.

Testicules. — L'involution génitale est beaucoup plus progressive chez l'homme; le déclin sexuel est très lent. L'arrêt de la spermatogénèse est

très tardif. Après 70 ans, la moitié des testicules contiennent d'abondants spermatozoïdes. Les cellules de Sertoli, des tubes sémifères spermatogènes subissent une régression; par contre les cellules interstitielles ne sont guère modifiées en dehors d'une infiltration pigmentaire. Ce qui laisserait supposer, si l'on se rapporte à l'article de Gilbert DREYFUS paru dans le dernier numéro de la « Semaine des Hôpitaux », que la 2e hormone testiculaire qu'il appelle imbiline, serait toujours sécrétée. La testostérone diminue progressivement et suivie par le dosage des 17 céto-stéroïdes qui est réduit à partir de 50 ans, sans jamais disparaître complètement.

Cette disparition des hormones sexuelles provoque dans l'organisme des troubles profonds. Car les gonades participent d'une façon importante aux grandes fonctions de l'organisme. Nous avons vu leur rôle dans l'équilibre du système osseux. Ils participent aussi au maintien des métabolismes généraux. Surtout à celui du calcium et à celui de la créatine. Ils sont tous deux facteurs de rétention chlorurée.

Par ailleurs leur chute entraîne un déséquilibre des autres glandes. Il est inutile de vous rappeler les désordres fonctionnels d'un tel déséquilibre. Ils ont peu d'intérêt dans cette causerie. Ce qui est plus intéressant c'est le devenir des autres glandes endocrines après la cinquantaine. L'école de Montpellier avec PUECH-COMBIER et PAGÈS s'est attachée à cette étude.

L'hypophyse sénile a été examinée par ces auteurs chez des hommes de plus de 60 ans. Leurs conclusions sont les suivantes : quels que soient les antécédents et les conditions de la mort, les lésions ont été trouvées identiques : basophilie du lobe antérieur, hyperplasie des éléments basophiles aboutissant à l'adénome, apparition de kystes colloïdes étagés de la base à la tige pituitaire, même transformation basophile du lobe postérieur, et enfin, amas de pigments ocres.

Physiologiquement, libérée du frein régulateur que sont les sécrétions des gonades, l'hypophyse réagit par une hypersécrétion des gonadostimulines auxquelles les ovaires ou les testicules sont insensibles, et que l'on retrouve en abondance dans les urines. Par contre, les autres stimulines ne sont pas très modifiées.

Mais retenons donc du point de vue pratique : diminution jusqu'à épuisement de la folliculine urinaire chez la femme et des 17 céto chez l'homme. Augmentation dans les 2 cas de la F. S. H.

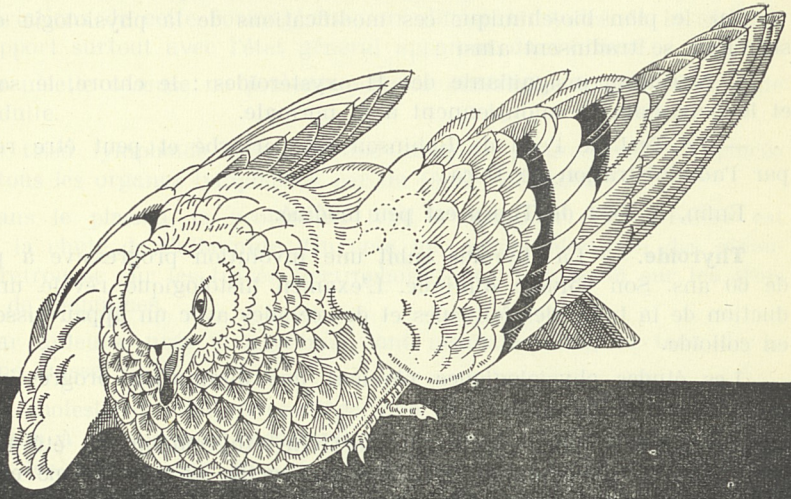
La cortico surrénale sénile présente une hyperplasie préadénomateuse avec surcharge pigmentaire, et des travées de sclérose d'origine capsulaire ou vasculaire.

Les trois fonctions sont modifiées de la façon suivante :

— La fonction glucido-protidique, fonction essentielle, se maintient grâce à l'hyperplasie et peut aller jusqu'à l'adénome cortical.

— La fonction androgénique, diminue et les cellules s'orientent vers l'élaboration glucido-protidique.

VITAMINOTHÉRAPIE B_1
INTENSIVE



NAÏODINE VITAMINÉE B_1

Anciennement Naïodine Suractivée

A VITAMINÉE B_1 INTRAMUSC.	**2** mgrs **Vit B_1**
B VITAMINÉE B_1 INTRAVEIN.	**10** mgrs **Vit B_1**
A *Forte* VITAMINÉE B_1 INTRAM.	**125** mgrs **Vit B_1**
B *Forte* VITAMINÉE B_1 INTRAVEIN.	**25** mgrs **Vit B_1**

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS

ISSY-LES-MOULINEAUX — PARIS

La baisse de cette fonction contribue à la diminution des 17 céto-urinaires.

— La fonction minérale subit aussi le contre-coup à un degré beaucoup moindre.

Sur le plan bio-chimique ces modifications de la physiologie de la surrénale se traduisent ainsi :

— Variation insignifiante des 11 oxystéroïdes : le chlore, le sodium et le potassium se maintiennent à la normale.

— Le Test de l'eau de Robinson est perturbé et peut être rétabli par l'administration de Doca.

Enfin, le Test de Thorn est peu modifié.

Thyroïde. — La thyroïde subit une involution progressive à partir de 60 ans. Son volume diminue. L'examen histologique révèle une réduction de la taille des follicules et des cellules avec un appauvrissement en colloïde.

Les études physiologiques révèlent une diminution progressive du métabolisme de base.

Une mesure plus exacte de l'activité thyroïdienne a été fournie par l'épreuve de captation de l'iode radioactif. Le myxœdème est fréquent au moment de la ménopause. Cependant il est rare chez le vieillard plus âgé. En tout état de cause, il est très difficile à soigner, car les vieillards supportent mal les extraits thyroïdiens. Il semble que la thyroïde se soit mise d'elle-même au diapason des échanges nécessaires à l'homme âgé.

Fait paradoxal, l'hyperthyroïdie existe chez le vieillard; elle est rare certes, mais non exceptionnelle, et elle est d'ailleurs d'un pronostic sévère à cause des complications cardiaques que l'homme âgé supporte mal.

Parathyroïdes. — Les parathyroïdes sont aussi frappés par la dégénérescence et il est vraisemblable qu'elle participe ainsi, en même temps que la déficience des gonades à la perturbation du métabolisme calcique, et à la création de l'ostéoporose et du R. dégénératif.

En résumé, les glandes endocrines dont les fonctions complexes sont en équilibre harmonieux chez l'adulte, contrôlant la nutrition générale, subissent un déséquilibre dont le point de départ est la chute des hormones sexuelles. Elles se transforment histologiquement en essayant de retourner aux équilibres normaux, en rapport avec les besoins vitaux diminués du vieillard.

SANG

Cette transformation et ce remaniement des glandes, contrastent avec l'intégrité complète du sang.

Je viens de lire récemment dans les archives de Biologie Médi-

cale de la « Semaine des Hôpitaux », un travail de BINET et Georges MATHE, extrêmement fouillé et complet dont on ne retient pas grand'-chose.

Seule est à retenir la variation des poly-nucléaires éosinophiles qui est caractérisée par deux faits : la fréquence de l'éosinogénèse et les variations de cette éosinogénèse aux différents stades de la sénilité, en rapport surtout avec l'état général apparent du vieillard.

La moelle osseuse ne présente aucune différence notable avec celle de l'adulte.

Le tissu lymphoïde subit lui une atrophie progressive, remplacée dans tous les organes lymphoïdes par du tissu conjonctif.

Dans le plasma, la protidémie tend à diminuer. Cette baisse est due à la chute de l'albumine. On note une légère élévation des globulines retrouvée sur les tracés électrophorétiques; elle porte sur les trois types de globulines.

Par ailleurs, urée et glycémie sont normales, seul le taux de la créatine baisse.

Le cholestérol subit avec l'âge une courbe ascendante avec son maximum à 55 ans pour redescendre vers 70 ans. Cependant dans l'ensemble les chiffres sont plus élevés que ceux de l'adulte.

En résumé, nous ne retenons de ces recherches que la baisse des éosinophiles, la dysprotidémie et la diminution de la créatine.

Donc, chez un vieillard normal, le sang est à peu près intact, comme est intact le cerveau, aussi paradoxal que cela puisse paraître.

CERVEAU

Chez un vieillard sain, et ceci peut rassurer quelques-uns d'entre nous, les facultés intellectuelles peuvent rester absolument intactes.

L'Histoire abonde de grands savants, d'écrivains, de poètes, de philosophes qui ont enrichi le patrimoine des sciences et des arts entre 70 et 80 ans.

Il faut croire que les cellules nerveuses ne vieillissent pas. Est-ce dû à l'embryogénèse ? car seules parmi toutes les cellules du corps, les cellules nerveuses, après être devenues adultes sont incapables de se multiplier. Elles ont un potentiel énergétique propre dont la nature nous échappe. Il y a là un rôle important du patrimoine génétique héréditaire.

Quoi qu'il en soit, si l'on constate chez l'homme après 60 ans, un affaiblissement de ces facultés intellectuelles, on quitte la Gérontologie pour la Gériatrie. Car on trouve des altérations pathologiques (infection, intoxication, traumatisme, néoplasie) ou surtout circulatoires, qui sont malheureusement très fréquentes. Car l'athéro-sclérose provoque

toujours un certain degré d'anoxie cérébrale, génératrice de troubles psychiques.

Le cerveau consomme par 24 heures, 138 litres d'O. fournis par 2.160 litres de sang. C'est dire l'importance de l'irrigation cérébrale, diminuée par le fait d'artères malades, elle provoque l'atrophie des cellules et une involution psychique.

Cette involution psychique dans sa forme la plus fréquente est caractérisée par un certain degré de pessimisme, d'exagération des traits caractériels, des opinions, d'une certaine difficulté de se créer de nouvelles habitudes, de la perte de la mémoire pour les événements récents, et du souvenir des événements éloignés trop souvent évoqués.

Dans un stade plus avancé, c'est la névrose sénile, avec la sensation de solitude, d'inutilité, état aggravé par la perte d'un conjoint ou la nécessité de changer d'habitudes.

En résumé, je le répète, il n'y a pas en réalité de cerveau sénile. il n'y a qu'un cerveau malade.

Le tout c'est d'éviter la maladie et surtout la maladie artérielle.

Avant de vous exposer les moyens thérapeutiques qui ont été tentés contre la sénescence, je voudrais vous dire quelques mots sur le rôle du soufre, de l'iode et des vitamines dans les processus vitaux, car cela justifie leur emploi dans la thérapeutique de la vieillesse.

SOUFRE

Le soufre est un corps qui participe à tous les échanges métaboliques.

Son rôle chimique est multiple : il est eutrophique, antitoxique, oxydo-réducteur, enzymatique, hormonal, etc..

On le trouve partout dans l'organisme :

— dans le protoplasma cellulaire sous la forme d'acides aminés ou de polypeptides, tel que le gluthation;
— dans le tissu élastique sous la forme d'esters sulfuriques de polysaccharides;
— dans le tissu collagène sous la forme d'acides hyaluroniques;
— dans la kératine des ongles, dans les pigments sous la forme de mélanine;
— dans certaines hormones comme l'insuline.

Or le S. baisse au cours du vieillissement, et cette baisse porte surtout sur les organes qui en sont particulièrement chargés, tels que les cartilages articulaires, la peau, les glandes endocrines.

Coste et Forestier écrivent que dans toutes les circonstances où le cartilage s'altère ou disparaît, on voit la chute de la teneur en acide chondroitine sulfurique, d'où perte de l'élasticité et conséquences mécaniques.

En milieu Thio-magnésien

IODE et HORMONE MÂLE

2 comprimés par jour **15** jours par mois

Sénescence
Athérosclérose
Arthrose

MIDY
1718

THIODÉRAZINE PERLINGUALE

à la méthyltestostérone

FORMULE : Méthyltestostérone : 5mg - Thiocarbamide (diamide sulfocarbonique) : 2 mg Iodazine M (di-iodométhylate de diméthyl pipérazine) : 40mg - Excipient magnésien : Q. S. P. 1 comprimé

Agents dépositaires : SOCIÉTÉ "SPÉCIMEDHY" 37, rue d'Isly, TUNIS

En outre le soufre se trouve dans la paroi artérielle sous deux formes :

— dans l'élastine sous forme d'acide chondroitine sulfurique;

— dans l'épithélium sous forme d'héparine qui est ester sulfurique d'un polysaccharide.

La baisse de la teneur en S. pourrait expliquer la baisse de l'élasticité et du pouvoir anticoagulant.

Il est impossible, dans ce court exposé, de vous faire une leçon complète sur le rôle du S. dans l'organisme. J'ai choisi simplement son rôle dans les artères et les articulations. Ce qui est plus simple et plus pratique pour un médecin praticien. Qu'il nous suffise de savoir que l'homme vieillissant a certainement un besoin accru en soufre.

Iode. — L'iode, de par sa présence dans tous les organes, paraît aussi un composant nécessaire à la vie. Le corps humain renferme 20 à 50 mg. d'iode, répartis un peu partout, surtout dans les muscles où il y a 50 % du chiffre total. La concentration la plus forte est dans la thyroïde : 10 à 40 mmg. par 100 g. Le métabolisme longtemps mal élucidé de l'iode dans la thyroïde a été mis en évidence par l'iode radioactif, I. 131 de période 8 jours. C'est grâce à ces travaux que l'on a pu suivre l'iode aux différents stades de son incorporation à l'hormone thyroïdienne. Gley et Bourat ont montré en 1900 que l'I. est un constituant normal du sang, sous deux formes : organique lié aux protéines, inorganique circulant comme un élément exogène, quand la capacité de stockage de la thyroïde est à son maxima.

Ce rappel schématique du métabolisme de l'iode est surtout destiné à expliquer son action bienfaisante dans la thérapeutique de la vieillesse. Il active la nutrition et par l'intermédiaire de la thyroïde améliore le métabolisme de base et la dépense des fonds de l'organisme; déjà Potain disait de l'iode, qu'il était le pain quotidien du vieillard. Les travaux de Binet, Verne et leurs collaborateurs confirment expérimentalement l'action de l'iode sur l'athérome artériel.

En réalité, l'iode est entré dans la thérapeutique de la sénescence par l'expérience, que les auteurs étrangers n'ont jamais voulu admettre, et cependant les travaux de Binet ont affirmé son action bienfaisante, et il garde sa place dans le traitement et la prévention de la sénescence. Binet l'emploie sous la forme de caséine iodée et les observations paraissent convaincantes.

Vitamines. — Je ne dirai que quelques mots sur les vitamines des vieillards, car elles ont été peu ou pas étudées. On a pu constater, ou du moins on a supposé, une avitaminose globale. Cependant c'est la vitamine C qui est la plus particulièrement touchée par la sénescence. Elle diminue partout, et son taux est mieux réduit à 0 dans le cristallin atteint de cataracte. En outre, quelques expériences ont été faites sur le rôle de la vit. A dans le processus thérapeutique vital. Mais tout ceci est bien pauvre.

Il est évident que tous les métalloïdes ou vitamines que je viens d'énumérer ont été utilisés dans la thérapeutique.

Les résultats sont décevants. Car à l'heure actuelle, non seulement on n'a pu rajeunir personne, mais on n'a encore pu empêcher personne de vieillir. Je ne ferai qu'une énumération rapide des traitements qui ont été essayés.

Nous avons déjà cité la caséine iodée de BINET à laquelle on pourrait adjoindre le magnésium et le soufre.

Il y a quelques années un espoir pour les vieillards du monde entier est apparu avec le sérum anti-réticulo-cytotoxique de BOGOMOLETZ. La Fontaine de Jouvence allait couler de par le monde. L'espoir est déçu, il en reste de belles images publicitaires dans les vitrines des pharmaciens pour les soins de beauté de la face. Le sérum de BARDACH, orthobiotique, subit le même sort. L'histiothérapie de FILATOV, quitte les espoirs de la Gérontologie pour les affections cliniques des yeux et des artères.

Enfin, reste l'hormonothérapie.

En fait elle remonte à BROWN-SÉQUARD et VORONOFF, mais ceux-ci ne disposaient pas des hormones synthétiques que nous possédons.

Les effets de la testostérone ont été particulièrement étudiés par BINET et ses élèves qui l'ont utilisée en injections et en implantation, et ont pu obtenir des transformations remarquables, tant physiques que psychiques.

Mais il faut reconnaître, car nous en avons nous-mêmes une certaine expérience, que les résultats parfois brillants sont inconstants et toujours transitoires.

Chez la femme l'action des œstrogènes est moins brillante et n'améliore souvent que quelques signes fonctionnels sans l'action dynamogénique que l'on obtient avec la testostérone chez l'homme.

Plus logique serait le traitement hormonal préconisé par KORENCHEWSKI et ses élèves. Celui-ci associe les hormones sexuelles à la thyroïde et à la surrénale. Une hormone seule serait un facteur de déséquilibre. Cependant nous conseillons une très grande prudence dans cette thérapeutique hormonale. Car une dose d'implant peut tuer, si les artères et le cœur sont un tant soit peu pathologiques et sait-on jamais s'ils ne le sont pas ?

L'extrait de thyroïde est très mal supporté par le vieillard même si la thyroïde est en involution évidente, même si le vieillard est myxœdamateux.

Seule la testostérone, à titre préventif, avant la dégénérescence complète et irréversible des testicules peut être employée à dose faible, excitatrice des glandes, car les doses fortes risquent de les annihiler.

HYGIENE

Comme vous voyez la thérapeutique est bien pauvre et devant un vieillard sain, contentons-nous surtout de lui donner des conseils d'hygiène alimentaire, surtout sans réduire son alimentation. Lui imposer la viande, dont l'entourage ne veut pas — on ne sait pourquoi — et le lait, de préférence le lait écrémé, lui éviter les graisses et les œufs. Limiter le sucre et le remplacer par le miel. Déjà DÉMOCRITE recommandait le miel comme facteur de longévité. Nos Musulmans tunisiens lui accordent la même vertu. Nous ne sommes pas loin de le croire.

Recommandons à un vieillard le repos certes, mais aussi les promenades, pour faciliter la ventilation pulmonaire, et surtout ne jamais changer leurs habitudes, même si elles sont mauvaises. S'il fume, laissez-le fumer, s'il boit, faites-le boire, en réduisant tout doucement le vin s'il est en excès, enfin, donnez-lui une occupation, car l'ennui est mortel. Que d'hommes en activité passent à la sénilité le jour où ils prennent leur retraite.

« Le vieillard qui reste jeune, disait Auguste BROCA, est celui qui meurt dans les brancards. »

Antialgique - Antithermique - Antigrippal

THERMALGINE

Quinine - Phénacétine - Caféine

COMPRIMES — SUPPOSITOIRES ADULTES ET ENFANTS

—o—

THERMALGINE VITAMINÉE C

12 cgr. de Vitamine C. par comprimé dragéifié

Laboratoires **NEOTHERAP**, 83, Rue St-Charles — Paris-XVe

Société des Sciences Médicales de Tunisie

—o—

VENDREDI 12 NOVEMBRE 1954

Communications :

Leucose aiguë chez un nourrisson de 1 mois,

par MM. E. Samama, Charles Zérah et Maurice Cohen.

Traitement des leucoses aiguës par le Purinéthol,

par MM. Henri Cohen et André Nahum.

Purpura thrombopénique — Résultat de la splénectomie,

par MM. S. Benmussa, J. Demirleau, M. Caruana, B. Hamza. et Mme Haddad.

L'accouchement sans douleur par la méthode psychoprophylactique de Nicolaief : 50 premiers cas à Tunis,

par MM. Georges Valensi, Raoul Brami et Louis Beretvas.

LABORATOIRES CHIBRET
Clermont-Ferrand — PARIS
POMMADES ANTIBIOTIQUES
CHIBRET
AUREOMYCINE 1 et 3 %
BACITRACINE CHIBRET 1.000 u/g
CHLORAMPHENICOL 1 %
OXY-TETRACYCLINE 1 %
PENICILLINE CHIBRET 1-5-10.000 u/g
STREPTOMYCINE (Dihydro) 1 %
TRI-ANTIBIOTIQUE
Tubes Ophta et Dermato
P.R. W. PARIS
TUNISIE : Ets ZANA et COHEN-JONATHAN
14 bis, Rue Arago — TUNIS

nouvel Antihormotrope de Synthèse

DIOBÈNE

3-5-DIIODO-4-HYDROXYBENZOATE DE N-BUTYLE

Régulateur des troubles hyperthyroïdiens
et hyperfolliculiniques

BOITE DE 40 COMPRIMES DOSES A 0,25
REMBOURSE PAR LA SECURITE SOCIALE

2 à 8 COMPRIMES PAR JOUR
LITTERATURE MEDICALE *sur demande*

CORBIÈRE

BASEDOWS
MÉNOPAUSE
DYSMÉNORRHÉES

LABORATOIRES CORBIÈRE • 27, RUE DES RENAUDES • PARIS 17e

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

DOCTEUR . . .

à vos **Dyspeptiques,**
vos **Insuffisants pancréatico-biliaires,**
vos **Ulcéreux,**
à tous vos **Malades qui digèrent ou assimilent mal**
PRESCRIVEZ :

PANCRÉAL
KIRCHNER

Complexe d'extraits pancréatiques dégraissés et purifiés
suractivés par des ferments digestifs (diastases)

Contient 100 % d'éléments actifs (ni sucre, ni cacao, ni fécule)

POSOLOGIE : 3 à 4 COMPRIMES APRES LES REPAS

Catégorie B des Assurances Sociales — Echantillon sur demande

Laboratoires du Dr KIRCHNER - 24 bis, Rue de Verdun, STRASBOURG (**Bas-Rhin**)

Leucose aiguë chez un nourrisson de 1 mois

par Emile SAMAMA, Ch. ZERAH et M. COHEN

—o—

La petite C., âgée de un mois est amenée à consulter le 27 août 1954 parce que depuis la veille elle présente de la fièvre.

C'est le troisième enfant d'une famille modeste et depuis sa naissance elle est exclusivement nourrie au sein. Jusqu'à ce jour elle avait été bien portante, son accouchement avait été normal. La mère a fait il y a un an une fausse-couche de trois mois. Notons cependant que quelques jours auparavant la mère avait présenté une forte angine et qu'elle portait des vésicules d'herpès labial assez importantes.

A l'examen on se trouve en présence d'un bébé pesant 4 kg. 500.

Cependant d'emblée on est frappé par l'aspect toxique de l'enfant.

Sa peau présente une teinte légèrement cyanotique et l'examen révèle l'existence de taches échymotiques sur le front, ainsi que de légères suffusions hémorragiques au niveau de la cavité buccale.

On note également une énorme voussure de l'abdomen plus marquée à gauche.

La palpation révèle l'existence d'une énorme rate débordant de plus d'un travers de main le rebord des fausses côtes.

Sa consistance est dure, ligneuse, rappelant celle que l'on trouve habituellement chez les anciens paludéens.

On fait pratiquer aussitôt :

1° Un examen O.R.L. qui montre des tympans infiltrés dont la paracenthèse laisse s'écouler une petite sérosité des deux côtés.

2° Un hémogramme qui révèle :

une anémie normochrome à 2.000.000;
une hyperleucocytose énorme à 230.000.

L'examen des lames de sang donne la clef du diagnostic : les frottis sont en effet presque exclusivement constitués par des mono-nucléaires anormaux par le volume de leur noyau le plus souvent nucléolé et la pauvreté du cytoplasme qui ne contient aucune granulation.

Il s'agit d'éléments blastiques indifférenciés : ce sont des leucoblastes et on les trouve dans la proportion de 90 %. Les 10 % restants sont constitués par des lymphocytes et de rares poly-nucléaires.

Le diagnostic de leucose aiguë ne faisait aucun doute.

L'évolution foudroyante ne permet, ni la ponction médullaire, ni l'action d'une thérapeutique d'urgence ; en moins de 24 heures les hémor-

ragies se multipliaient et des vomissements sanglants venaient achever le tableau clinique.

Nous avons tenu à vous rapporter cette observation d'abord à cause de son extrême rareté. C'est à notre connaissance le plus « jeune » cas connu jusqu'à ce jour.

D'autre part, il convient de noter l'évolution extrêmement rapide, foudroyante qui laisse bien peu de chance à toute thérapeutique même active.

La Grande Marque
Des Antiseptiques
Urinaires et Biliaires

56, Boulevard Pereire
PARIS (17e)

URASEPTINE
ROGIER

dissout et chasse l'acide urique

Echantillons et Littérature :
OFFICE DE PROPAGANDE MEDICALE, 53, r. des Maltais, TUNIS

MÉDICATION ANTISPASMODIQUE DE LA TOUX

Spasmoforme

COMPRIMÉS DRAGÉIFIÉS

LABORATOIRES TOULADE — NANTERRE (Seine)
Tunisie : BEDOUCHA - 5, Rue de Broves - TUNIS

Purpura thrombopénique constitutionnel-splénectomie

RESULTAT THERAPEUTIQUE

par MM. les Drs Benmussa, Demirleau, Caruana, Hamza et Mme Haddad

C'est la première fois que nous avons l'occasion d'observer les résultats de la splénectomie, dans un cas extrêmement grave de purpura thrombopénique constitutionnel ou maladie de Vehrlof. Nous avons pensé que l'observation pourrait intéresser la société.

L'enfant Youssef M..., âgé de 12 ans, nous est adressé de Gabès par le Dr Caitucoli pour un syndrome hémorragique grave.

L'histoire du petit malade remonte à la première enfance. Déjà depuis l'âge de 2 ans cet enfant saignait facilement et spontanément. Ces hémorragies plus ou moins importantes procédaient par poussées. Depuis ces deux dernières années, les hémorragies deviennent extrêmement graves.

Le 10 juin dernier, il se présente à l'Infirmerie-Dispensaire de Gabès, avec une hématémèse, une épistaxis, de nombreuses taches ecchymotiques sur les membres et une anémie profonde.

Une numération faite à Gabès donne le chiffre de 1.300.000 G. R.

Le signe du lacet est positif.

Le temps de saignement est de 10 minutes et le temps de coagulation n'est que de 4 minutes.

A Gabès le malade est transfusé à plusieurs reprises. Il reçoit en tout 700 cc. de sang. Le chiffre des G. R. n'est pas modifié et le temps de saignement est augmenté, il atteint 26 minutes.

L'enfant nous est alors envoyé à Tunis.

Il présente le tableau suivant : pâleur intense des téguments, amaigrissement important.

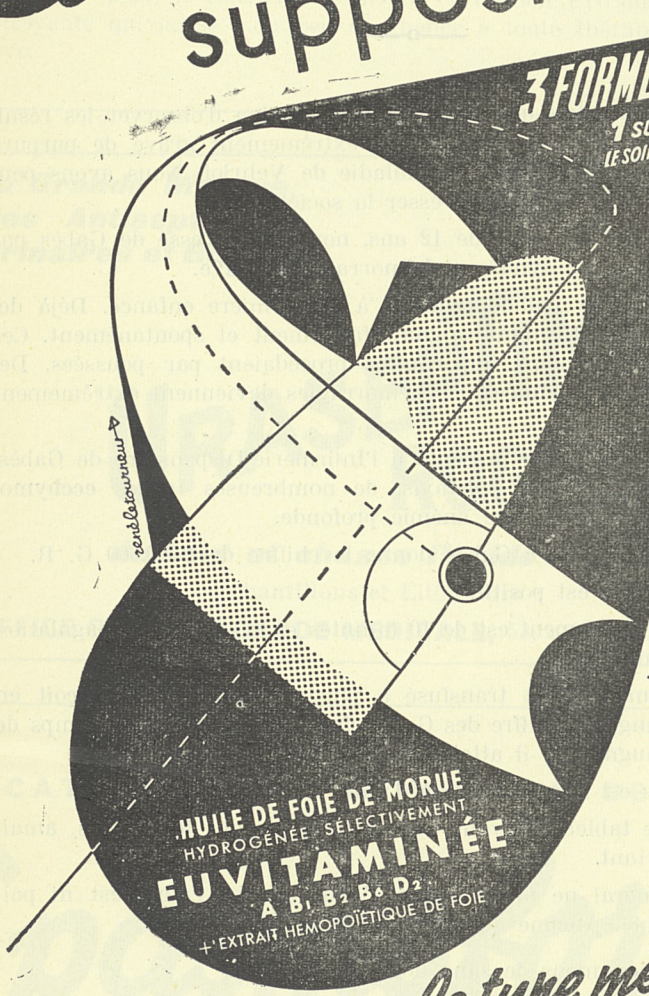
L'examen général ne montre rien d'anormal. La rate n'est ni palpable ni percutable. Aucune adénopathie apparente.

Les premiers examens de sang donnent :

G. R. : 1.870.000.
G. B. : 5.280.
P. N. : 60.
P. E. : 0.
P. B. : 0.
Lympho : 35.
Mono : 5.

REMARQUABLEMENT ACTIFS

Liveroïl suppositoires



... le type même de la

THÉRAPEUTIQUE NATURELLE AMÉLIORÉE

VOIE RECTALE

FORMULE VITAMINIQUE ETENDUE

T. S. : 7.
T. C. : 7.
Plaquettes : 128.000.
Taux de Prothrombine : 103 %.
Résistance globulaire normale.

Les examens de selles et d'urines ne montrent rien d'anormal.

Devant ces résultats nous nous contentons de le transfuser abondamment. Brusquement, 12 jours après son entrée dans le service, le malade fait une série d'hémorragies, épistaxis, hématémèse, hémoptysie, entérorragie. L'état général est alarmant.

Les nouveaux examens de sang donnent :

G. R. : 850.000.
Plaquettes : 43.000.
T. S. : 26 m.
T. C. : 8 m.

Un myélogramme ne montre rien de particulier sinon la présence de quelques mégacariocytes.

Dès lors le diagnostic s'imposait d'une façon absolue. Le tableau est complet. Evolution par poussées depuis l'enfance, hémorragies spontanées, cutanées et muqueuses, allongement du temps de saignement avec signe du lacet et maintien du temps de coagulation à la normale, abaissement du nombre des plaquettes, enfin présence de mégacariocytes dans la moelle sternale.

Il s'agit d'un cas de purpura thrombopénique constitutionnel ou maladie de Vehrlof

Nous avons recherché les stigmates familiaux, sans les trouver. D'ailleurs classiquement ceux-ci ne se trouveraient que dans 5 % des cas.

L'enfant était mourant, nous avons hésité à l'opérer et devant notre hésitation les parents ont nettement refusé l'intervention.

En dehors des transfusions, qui devenaient de plus en plus difficiles, à cause des ecchymoses qui recouvraient les membres, le malade ayant reçu près de 3 litres de sang au total, nous instituons un traitement à l'A.C.T.H., sans aucun résultat. Nous le mettons alors à la Cortisone. Il s'améliore Les chiffres de G. R. et des plaquettes remontent.

Nous profitons de cette période d'accalmie pour persuader les parents et opérer l'enfant.

Le Dr Demirleau lui enlève la rate le 31 août dernier. L'intervention est facile, la rate est relativement petite sans adhérences. Les suites opératoires sont excellentes. L'examen histologique de la pièce est le suivant, pratiqué par Mme Gordeff à l'Institut Pasteur :

Rate caractérisée par une fibrose de la pulpe rouge, qui présente un aspect pseudo-angiomateux et par une hyperplasie de la pulpe blan-

che, qui est constituée par de nombreux follicules avec centres germinatifs hypertrophiés et hyperplasiés. Les artérioles centro-folliculaires ont la paroi épaissie scléro-hyaline.

Immédiatement après l'intervention, l'état général de l'enfant est transformé miraculeusement. Les hémorragies sont arrêtées. Le chiffre des G. R. sans aucune transfusion atteint 3.460.000 et celui des plaquettes 92.000.

A sa sortie de l'hôpital, soit 3 semaines après la splénectomie, l'enfant est en bon état. Le chiffre des G. R. est sensiblement le même, dans les environs de 3.500.000; les plaquettes atteignent 120.000.

Actuellement, après 2 mois et demi de recul, nous avons eu des nouvelles de l'enfant, l'amélioration semble se maintenir.

Nous vous avons rapporté cette observation non pas comme un fait exceptionnel, car les premières splénectomies dans la maladie de Vehrlof datent de 1916, mais c'est surtout pour lever les hésitations que l'on peut avoir devant la décision opératoire à prendre quand il s'agit d'un cas qui se présentait dans des conditions aussi mauvaises.

Foie - Fer - Cobalt

TOT' HÉMA

8 gammas
Vitamine B 12

Une à deux **ampoules buvables** par jour

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

Société des Sciences Médicales de Tunisie

—o—

VENDREDI 26 NOVEMBRE 1954

—o—

Présentations de malades :

Maladie de Morquie,

par MM. S. Benmussa, M. Caruana, B. Hamza.

Communications :

A propos du syndrome de Mauriac,

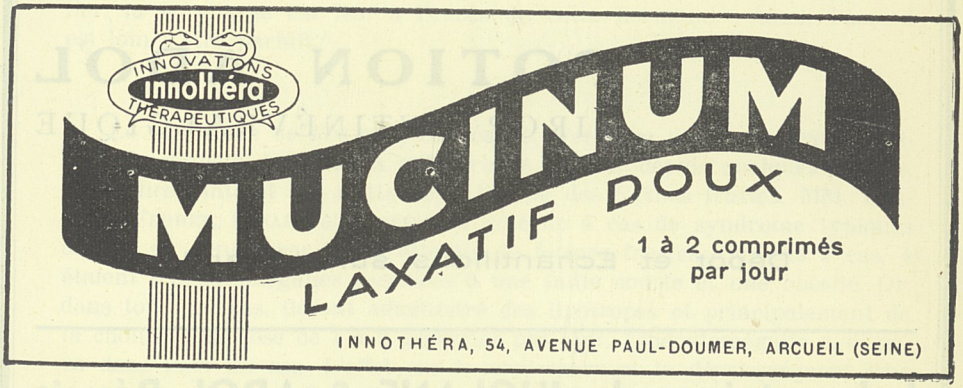
par M. Maurice Cohen.

Méningites itératives à intervalle prolongé,

par M. André Corcos.

Perforation pulmonaire avec pyopneumothorax chez un nouveau-né,

par MM. J Demirleau et R. Didier.



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

JUGLANE

PILULES ANTIDIABÉTIQUES
A BASE D'EXTRAIT DE NOYER

BAUME ADOL

POMMADE ANTIRHUMATISMALE

GOUTTES ADOL

GOUTTES ANTISPASMODIQUES

POTION ADOL

SIROP ANTINÉVRALGIQUE

Dépôt et Echantillons sur demande

Laboratoires du JUGLANE & ADOL Réunis

8, Rue - Jaboulay LYON

A PROPOS DU SYNDROME DE MAURIAC

par Maurice COHEN

C'est en 1930 que Mauriac décrivit le syndrome qui porte son nom. Rappelons qu'il survient chez l'enfant diabétique mal soigné, chez qui se constitue une triade clinique : hépatomégalie, arrêt de croissance, obésité portant sur la partie supérieure du corps, et biologique avec troubles du métabolisme des lipides.

P. MAURIAC attribuait à ce syndrome une origine hypophysaire, ce qui, à l'époque, constituait une vue singulièrement avancée.

Depuis, de nombreux cas ont été rapportés, et HOUET, en 1947, dénombrait 28 cas dans la littérature mondiale. D'autres en ont été rapportés depuis, signalons ceux de W. HADORN, de SALDUN-RODRIGUEZ, de UHRY, DUCAS et ZAMBROWSKI.

Mais si le syndrome clinique n'a pas subi de retouches depuis la description princeps, par contre, des discussions pathogéniques sans fin se sont établies, et c'est pour verser notre modeste contribution à ce dossier que nous écrivons ces quelques lignes.

On a successivement accusé : l'hypérinsulinisme, mais celà n'a jamais pu être prouvé, la secrétion externe du pancréas, mais P. WHITE n'a jamais retrouvé de troubles de cette secrétion, une carence en facteur lipocaïque en en vagotonine, mais les hépatomégalies observées ne sont pas toutes du type graisseux. C'est ainsi que l'on en est resté à l'origine hypophysaire probable. Pour KEPINOV, LAMOTTE-BARILLON, la surcharge glycogénique serait due à une insuffisance du facteur glycogénotrope hypophysaire Par contre, pour d'autres et MAURIAC en particulier, la surcharge est liée à l'excès de cette hormone. Ainsi, l'accord est loin d'être parfait.

*
* *

Le syndrome de MAURIAC, en réalité, n'est pas une complication initiale du diabète, les enfants qu'il frappe le sont depuis quelques années. C'est dire l'intérêt qui s'attache à l'étude des formes frustes. MM. DARNAUD, FERRET, DENARD et MOREAU, à côté de 4 cas de syndrome typiques ont pu en dénombrer 9 cas atteints de formes frustes. Sur ces 9 cas, 4 étaient d'hépatomégalies associées à une taille courte et une obésité. Or, dans tous ces cas, ils ont administré des lipotropes et principalement de la choline à la dose de 1 à 2 grammes par jour. L'hépatomégalie a disparu dans tous les cas. L'effet sur la croissance et le développement leur a paru appréciable. Ils attribuent cette surcharge en carence en insuline et en facteurs lypocytiques.

Mais une dernière théorie a vu le jour ces derniers temps. Dans un



EVONYL

CHOLAGOGUE ET CHOLÉRÉTIQUE

Laxatif Doux

ASSOCIATION PHYTO-OPOTHÉRAPIQUE :

Evonymine, Fucus, Agar-Agar, Podophyllin, Extraits biliaires

STIMULE LES FONCTIONS HÉPATIQUES ET LE PÉRISTALTISME INTESTINAL

PRÉSENTATION

Boite de 60 comprimés (dragéifiés)

POSOLOGIE

1 dragée aux 2 principaux repas ou 2 dragées le soir

LABORATOIRES FLUXINE · PRODUITS BONTHOUX · VILLEFRANCHE (RHÔNE)

TUNISIE : Agence Pharmaceutique Française - 8, Pas. du 7 mai - TUNIS

article, MM. BERNHEIM, FRANÇOIS et LAMY, ainsi que dans la thèse de ce dernier, soutiennent la position suivante : « ce que l'on a voulu jusqu'à présent individualiser en syndrome, ne représente que le développement fortuit de trois complications du diabète de l'enfant. Les trois éléments de ce syndrome : hépatomégalie, retard de développement, obésité, dont chacun se rencontre isolément, très souvent au cours du diabète de l'enfant, restent unis par une notion fondamentale : ce sont les erreurs thérapeutiques qui sont à l'origine de leur apparition ».

Au point de vue pathogénique : « les troubles des métabolismes des glucides et des lipides doivent être mis au premier plan; or, il est évident que, si à l'origine il y a un trouble dans l'apport alimentaire de ces substances, il en résulte une viciation de leurs métabolismes tout à fait capable d'expliquer une surcharge du foie, organe régulateur primordial de ces métabolismes, une mauvaise répartition des graisses de réserves, un retard de développement statural et génital par manque de matériaux nécessaires à l'édification tissulaire ».

C'est pourquoi ces auteurs préconisent un traitement bien adapté avec un régime libre apportant toutes les substances nutritives nécessaires. Le diabète est équilibré par un contrôle très minutieux des doses d'insuline visant à maintenir une légère glycosurie de sécurité. Ils rapportent ainsi six observations qui prouvent l'excellence de leurs résultats. Ils associent au traitement des lipotropes.

Pour notre part, si nous estimons exagéré de démolir l'individualité clinique du syndrome de MAURIAC, la logique du raisonnement de ces auteurs nous a séduit. Or, nous avons rencontré dernièrement qui nous a semblé assez instructif :

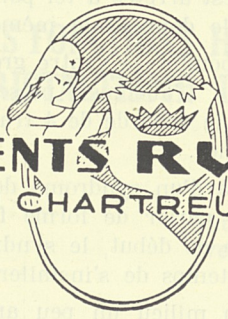
Le jeune A... Jacques est âgé de 9 ans. Son diabète a été découvert en octobre 1953, soit il y a environ un an. Depuis, il a été traité d'une façon difficile, plutôt mal que bien. Le régime était qualitatif et le diabète instable. La croissance est arrêtée à tel point que deux mesurations scolaires à un an d'intervalle donnent le même chiffre.

A l'examen : la face est bouffie, le ventre gros, ce qui contraste avec la maigreur de ses membres. L'abdomen présente une circulation collatérale très abondante. Le foie déborde de 4 travers de doigts. Il est lisse, son bord inférieur régulier.

Certes, il ne s'agit pas là d'un syndrome de MAURIAC complet, mais nous pensons que l'on peut parler de forme fruste incontestablement. Plus exactement d'une forme de début, le syndrome complet, vu le faible recul, n'ayant pas eu le temps de s'installer définitivement.

Comme il s'agissait d'un milieu un peu arriéré, nous avons institué une cure libre, mais entendons-nous, par cure libre, nous entendons non pas anarchie, mais diététique normale à son âge. Il reçut une dose de 20 unités d'IPZ à augmenter progressivement, plus les lipotropes et des complexes vitaminiques. Un mois après, le volume du foie a diminué, il ne déborde plus que de 2 travers de doigts. Au bout de trois





PANSEMENTS RUBY S.A

VOIRON EN CHARTREUSE (ISÈRE)

TUNISIE : AGENCE PHARMACEUTIQUE FRANÇAISE

8. Passage du 7 Mai - TUNIS

mois de traitement, le foie est de volume normal, la circulation collatérale veineuse a disparu, l'enfant a pris 3 kilos et sa taille a augmenté de 1 centimètre. Aûx dernières nouvelles il se porte bien.

*
* *

L'intérêt de ces faits est double :

1° Le syndrome de Mauriac est d'apparition tardive. Il faut donc guetter les formes de début comme la nôtre. C'est dans ces cas que l'on obtient les meilleurs résultats thérapeutiques.

2° Après avoir cherché une explication endocrinienne au syndrome, il semble que l'on s'oriente vers une explication nutritionelle. La cure libre associée à une dose d'insuline adéquate permettant un développement harmonieux, permet d'empêcher l'apparition de ce syndrome.

En terminant, rappelons que par cure libre nous entendons, non pas anarchie mais diététique rationelle, telle qu'elle est appliquée au sujet normal.

BIBLIOGRAPHIE

MM. Bernheim, R. François et J. Lamy : A propos du syndrome de Mauriac. Lyon Medical, n° 41, 10 oct. 54, P. 297-305.

MM. Darnaud, Ferret, Denard et Moreau : Les formes frustes du syndrome de Mauriac. Arch. Mal. App. Dig. — T. 41, n° 9-10 sept.-oct. 52.

W. Hadorn, observation d'un cas de ces syndromes de Mauriac. Praxis, 1949, 38, P. 839-842.

R. Houet : Le syndrome de Mauriac et ses rapports avec la maladie glycogénique. Annales Paedriatrici, 1947-168-113-133.

M. Lamotte et S. Lamotte-Barillon. Les gros foies des diabétiques, In Mal du foie, Collection médico-chirurgicale, Flammarion, éditeur.

J. Lamy : Thèse, Lyon 1954.

P. Uhry, P. Ducas et S. Zambrowski : Une forme particulière du diabète infantile, le syndrome de Mauriac. Sem. dez, Hap 1.950, n° 26 P. 1.048-1.060.

ANTISEPTIQUE BRONCHO-PULMONAIRE

Sirop nouveau, spécialement étudié

POUR COUPER LA TOUX
SANS COUPER L'APPÉTIT



CITHYMÈNE

FRICTIONS THORACIQUES · SUPPOSITOIRES · AMPOULES

LABORATOIRES MIDY 67 AVENUE DE WAGRAM - PARIS XVIIe

Agents dépositaires : SOCIÉTÉ SPECIMEDHY
37-39, rue d'Isly — TUNIS

MIDY

Méningites itératives à intervalles prolongés

par A. Corcos (Tunis)

——o——

Il n'est pas banal de faire, à plusieurs années de distance une méningite suppurée, maladie chaque fois à germe différent.

OBSERVATIONS

Mme L..., 43 ans, n'avait présenté jusque là qu'une rougeole en 1930 et une coqueluche en janvier 1933.

Premier épisode à Alger, en 1933.

En novembre, alors qu'elle était enrhumée, elle s'est réveillée un matin avec une céphalée si violente qu'elle a nécessité une injection de morphine. La température s'est rapidement élevée à 40°. Le lendemain, son médecin pratique une ponction lombaire qui retire un liquide très trouble contenant du méningocoque. Transportée en clinique 36 heures après le début des accidents, elle fut immédiatement traitée par le Professeur Porot suivant la méthode alors classique : ponctions lombaires suivies de réinjection de sérum antiméningococique. Elle eut en tout quatre ponctions lombaires avec chaque fois examen du liquide au laboratoire.

La malade guérit après une grosse réaction sérique. Elle garda comme séquelle une amblyopie : pendant six mois, elle dut porter des lunettes pour lire, coudre ou aller au cinéma. Elle put alors reprendre complètement une activité normale.

Deuxième épisode à Paris en 1946.

Le 11 novembre, également enrhumée, après avoir assisté à la revue militaire, puis déjeuné normalement, elle est prise à 17 heures d'une violente céphalée, se retire dans sa chambre et tombe dans le coma deux heures plus tard, coma très agité

Elle fut transportée à la Salpêtrière (Dr Durupt, Service du Prof. Alajouanine) où on lui fit une ponction lombaire qui révéla du pus à pneumocoques. On la traita par pénicillothérapie par voie générale et rachidienne. La température resta fort élevée, et la malade comateuse très agitée pendant trois jours, puis, pendant une quinzaine, les périodes d'absence allèrent en s'espaçant; la pénicilline ayant été arrêtée un moment, reprise de la température qui céda dès que le traitement fut repris.

La malade sortit de l'hôpital après un séjour d'un mois, très amaigrie et très affaiblie, présentant des troubles de l'audition, de l'équilibration et de la marche; elle dut réapprendre à marcher progressive-

ment, passa l'été 1947 dans les Vosges et reprit une activité à peu près normale.

En novembre 1950, elle est opérée, à Tunis, de l'appendicite.

Elle passe assez mal l'hiver 1952-53 : rhumes, grippe avec quintes de toux prolongées et très violentes, de douleurs rhumatismales à type de sciatique. En mars 1953, elle se plaint de vertiges quand elle se couche ou le matin au réveil; vers le 15 mars, elle tombe dans la rue, se faisant des contusions au genou.

Troisième épisode, à Tunis, en avril 1953.

Quatre jours avant le début des accidents actuels, elle traîne un rhume et se plaint au réveil de maux de tête qui cèdent à l'aspirine.

Le 3 avril, à Korba (70 km. de Tunis), elle se réveille avec une violente céphalée; une heure plus tard, elle est prise de vomissements bilieux, essaie de boire de l'eau qu'elle rejette immédiatement. Son médecin prescrit pénicilline et potion de Rivière. Elle ne contrôle plus ses paroles, puis est prostrée à partir de midi, tombe à 13 heures dans un coma avec une agitation telle qu'elle nécessite une injection de morphine.

Elle est alors évacuée sur Tunis, où nous la voyons le soir à 21 h

Entre-temps on lui fait un examen du fond de l'œil qui a montré :

Cornée d'aspect normal. Hypoesthésie cornéenne nette, réflexe cornéen très atténué surtout à droite. **Iris** : pupille en myosis modéré; inégalité pupillaire légère O. D. < O. G.; le réflexe phomoteur existe. **F. O.** : pas de modification pathologique actuellement perceptible, pas d'hypertension artérielle rétinienne. **Motricité extrinsèque** : mouvements oculogyres intermittents avec divergence de l'œil gauche. Parésie du droit interne gauche ? Nystagmus rotatoire léger.

Examen. — Nous sommes en présence d'une malade comateuse, très agitée (doit être ligotée); membres inférieurs souples, pas de Babinski. Les réflexes tendineux, très difficiles à rechercher, semblent abolis. Le réflexe cornéen persiste, de même que le réflexe à la déglutition : nous arrivons, quoique difficilement, à lui faire ingurgiter quelques cuillerées à café d'eau.

Pouls 84; Température 37°7; T. A. 12-8.

La nuque étant un peu raide et vu ses antécédents, nous lui faisons immédiatement une **P. L.** : le liquide est purulent, blanchâtre. Il ne put être ensemencé que le lendemain.

Elle reçoit aussitôt 2 gr. de Soludagénan intra-musculaire, puis 1 gr. toutes les 8 heures; 1 gr. de Streptomycine, puis 1 gr. toutes les 8 heures; 500.000 unités de Pénicilline, puis 500.000 toutes les 3 heures; 1 suppositoire de Tifomycine à 0 gr. 25 toutes les 4 heures; 1 litre de sérum glucosé sous-cutané.

Estomac douloureux



Antrényl
CIBA

Sédatif spasmolytique
3 ou 4 comprimés par jour
1/2 à 1 ampoule

818

CIBA

57, QUAI D'ORSAY - PARIS • 111, Bd. VIVIER-MERLE - LYON

PULMOSERUM
TONIQUE RESPIRATOIRE
BAILLY

Gaïacol
Acide phosphorique
Codéine

Affections pulmonaires, Convalescences

4 à 5 cuillerées à soupe, par jour

LABORATOIRES A. BAILLY
• S.P.E.A.B. • 19, RUE DU ROCHER PARIS 8e

Agents pour la TUNISIE
M.M. VALENZA & Cie
36, Rue Thiers — TUNIS

Le lendemain, nous recevons la **réponse du laboratoire** (Institut Pasteur). A l'examen direct : présence de diplocoques réniformes gram négatifs (**méningocoque probable**) et de bacilles gram négatifs (**Pfeiffer probable**).

La température est à 38°5, le pouls à 80. La malade, moins agitée, plus consciente, boit deux verres de liquide dans la matinée; mais la raideur de la nuque est plus nette.

Même traitement que la veille, mais la Tifomycine est administrée aux mêmes doses par voie buccale.

P. L. : liquide plus franchement purulent; on retire environ 15 cc. et on réinjecte 0 gr. 05 de Streptomycine intra-rachidienne.

Le 5-4-1953 : amélioration très nette. Le liquide est moins trouble. Même local et général.

Nouvel examen des yeux : il n'y a plus d'anesthésie cornéenne. Régression nette des petits symptômes relevés le 3; le nystagmus est maintenant à peine perceptible.

Examen O. R. L. : tympan de catarrhe tubaire chronique banal sans lésions otitiques. Muqueuses du rhino-pharynx légèrement congestionnées, sans malformations anatomiques cliniquement décelables. Prélèvement aseptique des mucosités du cavum et du rhino-pharynx.

Le 6 : la malade est encore assez agitée, a quelque peu déliré la nuit, a des hallucinations visuelles.

Le pouls est très ralenti, à 63, puis le soir à 72. La température est à 38°2.

P. L. : liquide beaucoup plus clair; même traitement local. Examen du liquide : légèrement fibrineux; leucocytes 96 par mm3; 90 % de lympho; 10 % de poly. Absence de germes.

C'est la dernière ponction lombaire qu'on effectue.

Traitement général par 24 h. : Soludagénan 2 ampoules, Streptomycine 2 gr., pénicilline 2 millions d'unités, Tifomycine 1 gr. 50.

Le 7 : dans la nuit, délire et agitation. Elle est désorientée dans l'espace. Température 37°6, pouls 64.

Le 8 : elle se sent très bien et semble tout à fait normale; 1 soludagénan; 1 strepto; 500.000 u. de pénicilline; 0 gr. 75 de tifomycine.

A l'ensemencement du nez fait le 5, présence de **bacilles d'Eberth**, à l'exclusion d'autres microbes pathogènes, dont voici l'antibiogramme : pénicilline résistant; streptomycine échappant au traitement; auréomycine échappant au traitement terramycine limite (8 γ cc.); chloromycétine sensible ($< 3\ \gamma$ cc.).

Le 9 : rien n'a poussé aux ensemencements de L. C. R. sur milieux usuels et sur milieux du sang.

La malade peut être considérée comme guérie. Elle peut se lever, est encore quelque peu raide.

Traitement : 1 gr. de strepto, 500.000 u. de pénicilline, 0 gr. 50 de tifomycine.

Le 10 : 500.000 u. de pénicilline, 1 gr. de strepto, 0 gr. 25 de tifomycine; puis arrêt de tout traitement.

La malade rentra chez elle le 12. Il persiste pendant plusieurs jours de la céphalée, un certain degré de fatigabilité intellectuelle, de rachialgies.

En résumé : une malade fait à 13 et 7 ans d'intervalle 3 méningites suppurées : la première, à méningocoques, en 1933, guérie par le sérum intra-rachidien; la deuxième, à pneumocoques, en 1946, guérie par la pénicilline par voie générale et rachidienne; la troisième, à un germe mixte, un diplocoque en grains de café à gram négatif, très probablement méningocoque et un bacille gram négatif.

Les ensemencements n'ont pas permis d'affirmer la nature de ces germes. Un ensemencement du pharynx a par contre retiré un bacille d'Eberth authentique. Malgré cette dernière découverte, l'argument de fréquence, la guérison par la streptomycine intra-rachidienne, l'absence de signes typhoïdiques nous font penser que le bacille méningé était du Pfeiffer.

La malade ayant fait à 6 ans une chute sur l'arête nasale avec épistaxis prolongée, nous lui avons fait faire un nouvel examen O. R. L. (Dr Moatti) « cliniquement les sinus paraissent absolument normaux » et des clichés des sinus et de l'ethmoïde : nous n'avons décelé, ni sinusite chronique, ni déhiscence ethmoïdale.

*
* *

Ce cas suggère certains commentaires.

D'assez nombreux cas de méningites récidivantes ont été relatés, quoiqu'à des intervalles plus rapprochés. En 1948, Dujol, a rapporté le cas d'un enfant qui a présenté des récidives de méningite aiguë purulente éloignées et répétées, 20 mois et 30 mois après la première atteinte. Le liquide était purulent (deux fois culture stérile et une fois avec pneumocoques). L'évolution fut favorable en 5 à 6 jours chaque fois.

Le problème étiologique n'a pas été résolu. Il ne s'agissait ni de séquelles de traumatisme, ni de néoformation cérébrale, ni de déhiscence de la lame criblée.

En 1951, Giraud et ses collaborateurs ont publié une méningite à pneumocoques consécutive à un traumatisme crânien qui a évolué en quatre épisodes, chacun ayant régressé par le traitement antibiotique polyvalent. Une rhinorrhée signa la fistule ethmoïdale. L'intervention (plastie avec morceau de fascia lata) fut suivie d'une guérison définitive.

En 1951, Euzière et ses collaborateurs ont observé un enfant porteur d'une dacry-ethmoïde à pneumocoques, qui fit sept méningites purulen-



ERYTHROMYCINE ROUSSEL

l'antibiotique des cocci actif par voie buccale

Infections pulmonaires
Complications grippales
Endocardites bactériennes
Brûlures et plaies infectées
Angines aiguës - Ostéomyélite
Suppurations - Erysipèle

DRAGÉES A 100 mg.
FLACON DE 25

1,2 à 2 g. chez l'adulte
0,03 g./Kg./jour chez l'enfant.

LES LABORATOIRES ROUSSEL
140bis, Rue de Rennes - 89, Rue Cherche-Midi, **PARIS** (VIe)

ALGER : Laboratoires ROUSSEL, 28, rue Clauzel.
TUNIS : O.S.P., 10, rue Amilcar.
CASABLANCA : Sté Maroc des Lab. ROUSSEL, 48, rue Nationale.
SAIGON : Laboratoires ROUSSEL 26, rue Lagrandière.
AUTRES PAYS DE L'UNION FRANÇAISE : Adresser les demandes aux Laboratoires ROUSSEL, 89, rue du Cherche-Midi, PARIS (VIe)

124

tes en 5 ans. Ils analysent les facteurs pathogéniques des méningites itératives et en particulier du mécanisme et du traitement des cas où s'associent, dans l'étiologie, un traumatisme crânien et une sinusite de la face.

Dans notre cas, les méningites étaient à long terme (13 ans et 7 ans) et à germes différents; il n'y avait, ni cause anatomique ethmoïdale traumatique expliquant ces trois méningites, ni sinusite qui fit point d'appel; donc pas de traitement chirurgical à envisager. Il y a cependant à noter que les rhumes sont particulièrement tenaces chez notre malade et ont toujours précédé la localisation méningée.

En pratique, il est fort difficile de prévenir de pareils accidents. La désinfection du rhino-pharynx n'a pas semblé efficace puisqu'elle n'a pas empêché la troisième méningite.

Il est en tout cas un conseil à donner à son entourage : c'est que si jamais elle retombait brusquement dans le coma, surtout après un petit épisode infectieux rhino-pharyngée, on lui fasse immédiatement une ponction lombaire.

RESUME

Une malade de 33 ans présente en 1953 à Alger une méningite à **méningocoques** guérie par sérum antiméningoccique intra-rachidien. En 1945, à Paris, une méningite à **pneumocoques** guérie par pénicilline par voie générale et locale. En 1953, à Tunis, une méningite à germe double (**méningocoque et Pfeiffer probables**), guérie par sulfamides et antibiotiques variés et streptomycine intra-rachidienne. Début toujours très brutal : rhume, céphalée violente et **coma** très rapide. Dans les antécédents on retrouve dans l'enfance une chute sur l'arête nasale, mais dont il ne reste aucune séquelle rhino-pharyngée décelable par examen rhinologique ou radiologique.

BIBLIOGRAPHIE

R. DUJOL : « Un cas de récidives éloignées et répétées de méningite aiguë et purulente ». Réunion lyonnaise de Pédiatrie, 21 novembre 1948.

P. GIRAUD, R. BERNARD, J. COIGNET, P. VINCENT, J. PAILLAS, J. BONNAL et R. VIGOUROUX : « Méningite à pneumocoques à récidives multiples secondaire à une lésion de l'ethmoïde. Guérison neuro-chirurgicale ». Soc. de Pédiatrie de Paris, 20 fév. 1951.

M. EUZIERE, K. LAFON, J. DUCOS, R. CAZABAN et M. RIBSTEIN : « Méningite à rechutes, manifestation d'une dacryo-ethmoïdite à pneumocoques ». Soc. de Pédiatrie de Montpellier et du Languedoc méditerranéen (Séance du 25 nov. 1951).

préparation lyophilisée de

Trypsine

à 0,250 g

A ADMINISTRER EN AÉROSOLS

Enzyme protéolytique et fibrinolytique d'origine pancréatique

---

FLACON DE 10 CM³ = 250 MG.

NE PAS INJECTER PAR VOIE INTRAVEINEUSE

CHOAY

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

laboratoire CHOAY 48, avenue Théophile Gautier, Paris 16e

TUNISIE : **Agence Pharmaceutique Française**, 8, Pas. du 7 Mai — TUNIS

ÉDIT. PAUL VALLIER

La bronchographie lipiodolée chez l'enfant

par R. Broc et S. Halfon

(Séance du 22-10-54)

Sicard et Forestier ont introduit en 1922 la bronchographie lipiodolée

Mais cette technique n'a pas pendant longtemps donné entière satisfaction à cause des inconvénients majeurs de l'huile d'œillette à 40 %. En effet, ce produit diffuse rapidement au cours de son injection bronchique dans les alvéoles pulmonaires et rend souvent les bronchographies illisibles. Son élimination extrêmement lente rend en outre malaisée une exploration rapide de tout l'arbre bronchique. Récemment un lipiodol sulfamidé a apporté une grande amélioration à cette technique déjà ancienne en supprimant les inconvénients de l'huile d'œillette à 40 %. Ce nouveau produit n'injecte, en effet, jamais les alvéoles pulmonaires. Sa résorption est rapide en 2 à 3 jours, ce qui autorise dans un laps de temps restreint l'exploration bronchique.

Les clichés que nous allons vous présenter ont été réalisés avec ce produit de contraste, uniquement choisis chez l'enfant afin de montrer à cet âge l'intérêt de cette technique qui s'est accru au cours de ces dernières années du fait des progrès réalisés dans la thérapeutique médicale et chirurgicale des dilatations bronchiques.

A. LA BRONCHOGRAPHIE LIPIODOLEE AU COURS DES POUMONS SOMBRES CHEZ L'ENFANT

Observation N° 1 :

A. B. M. est un enfant âgé de 9 ans.

Il est hospitalisé le 15 février 1954 parce qu'il présente depuis un an des épisodes de toux et de fièvre.

La radiographie pulmonaire met en évidence à son entrée dans le service une opacité homogène retractile gauche (radio n° 1).

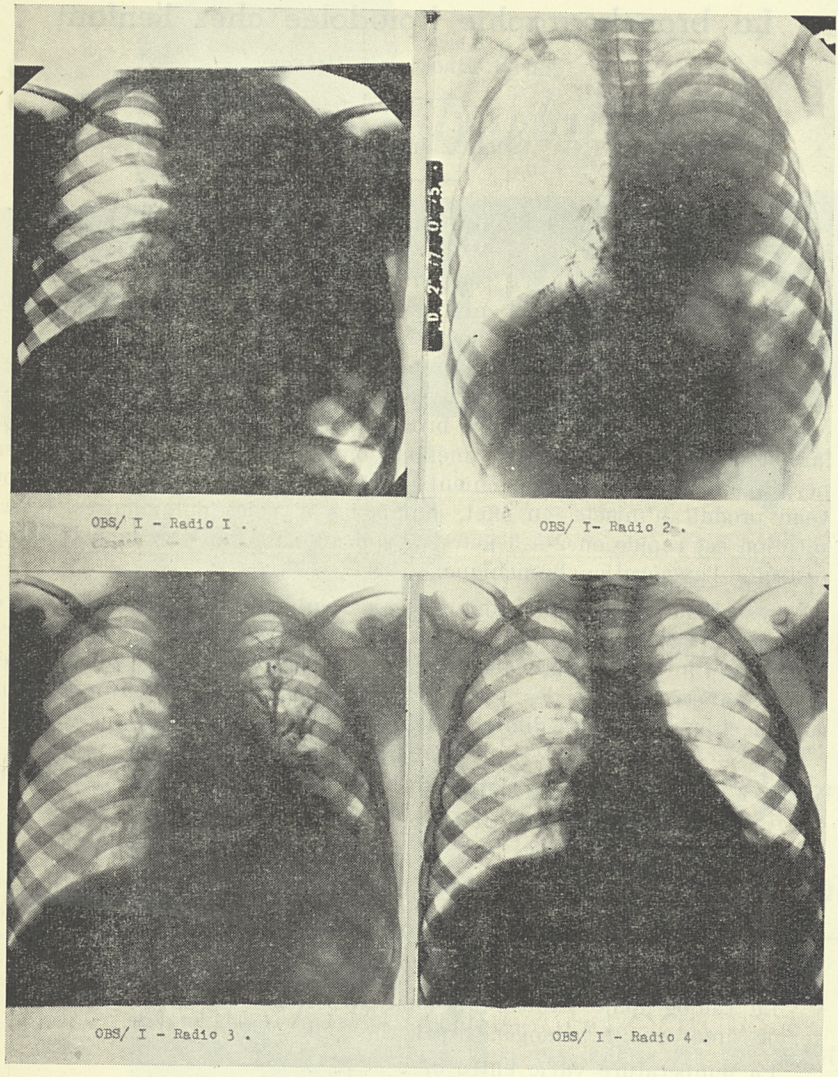
La température varie entre 37°2 et 37°3.

La cuti-réaction à la tuberculine est positive.

Le tubage gastrique ne montre pas de présence de B. K.

Le premier lipiodol met en évidence des dilatations bronchiques occupant le territoire du lobe inférieur gauche (radio n° 2).

Quelques jours plus tard nous pratiquons un lipiodol du lobe supérieur gauche qui nous montre l'absence d'anomalies bronchiques dans ce territoire, mais en même temps l'éclaircissement presque total du champ pulmonaire gauche (radio n° 3).



OBS/ I - Radio 1 .

OBS/ I- Radio 2 .

OBS/ I - Radio 3 .

OBS/ I - Radio 4 .

Tout s'est passé comme si l'injection du lipiodol avait permis la levée de l'obstacle

Le 13 mars 1954, soit environ 1 mois après son hospitalisation, l'enfant fait un épisode fébrile avec des quintes de toux. La radio faite à cette date montre l'existence d'une opacité intéressant le lobe inférieur gauche qui se nettoie elle-même en l'espace de quelques jours (radio n° 4).

En résumé, il s'agit d'un enfant de 9 ans qui a présenté par deux fois

au cours d'une hospitalisation un trouble pulmonaire de ventilation. Il a fait tout d'abord une atélectasie totale du poumon gauche qui a disparu à la suite d'une bronchographie lipiodolée qui a montré des dilatations localisées au lobe inférieur gauche. Quelques jours plus tard, cet enfant a fait à nouveau un trouble de ventilation localisé cette fois-ci au lobe inférieur gauche et qui lui-même a disparu en peu de temps.

Sans entrer dans le détail du diagnostic étiologique des poumons sombres si fréquents chez l'enfant musulman tunisien, nous rappelons qu'ils se voient essentiellement, soit comme séquelle de tuberculose pulmonaire, soit au cours de la primo-infection. Dans ce dernier cas, il peut s'agir d'un trouble de ventilation transitoire par compression ganglionnaire et lésions bronchiques intrinsèques, ou bien d'un trouble définitif, la sténose étant organisée. Il s'installe alors au sein du parenchyme pulmonaire de la pyosclérose et des dilatations bronchiques.

Il est absolument indispensable pour fixer la conduite de la thérapeutique de préciser le diagnostic étiologique. Dans notre cas particulier, les dilatations bronchiques localisées au lobe inférieur gauche sont de toute évidence le primum movens de ce trouble de ventilation pulmonaire, la suppuration provenant des dilatations bronchiques formant bouchon et obstruant un orifice bronchique.

Nous regrettons de ne pas avoir revu cet enfant, car il s'agit peut-être dans ce cas, de distensions bronchiques curables.

***

Nous vous présentons rapidement quelques autres bronchographies lipiodolées chez des enfants ayant des poumons sombres en vous donnant un résumé des observations.

Résumé de l'Observation N° 2 :

Il s'agit d'une enfant de 10 ans suivie depuis 2 ans pour poumon sombre.

Elle présente des épisodes fréquents de toux et d'expectoration purulente.

L'intradermoréaction à la tuberculine est négative.

La radiographie pulmonaire montre une opacité homogène rétractile gauche (radio n° 5).

La bronchographie lipiodolée individualise des dilatations bronchiques au sein du parenchyme pulmonaire. La bronche souche et la lobaire inférieure sont dilatées (radio n° 6).

Il s'agit peut-être dans ce cas de dilatations congénitales, mais que ne confirme aucune autre anomalie.

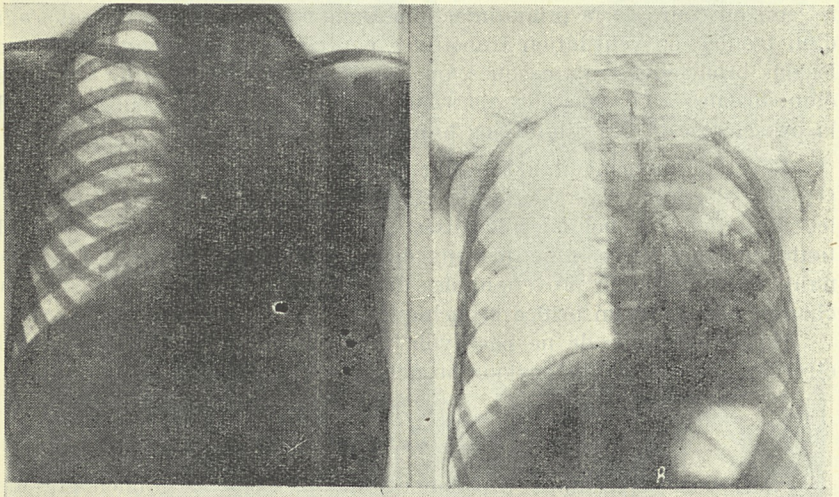
Résumé de l'Observation N° 3 :

L. B. A. est une enfant âgée de 12 ans.

Elle est suivie depuis 2 ans à l'Hôpital Régional de Sousse pour une

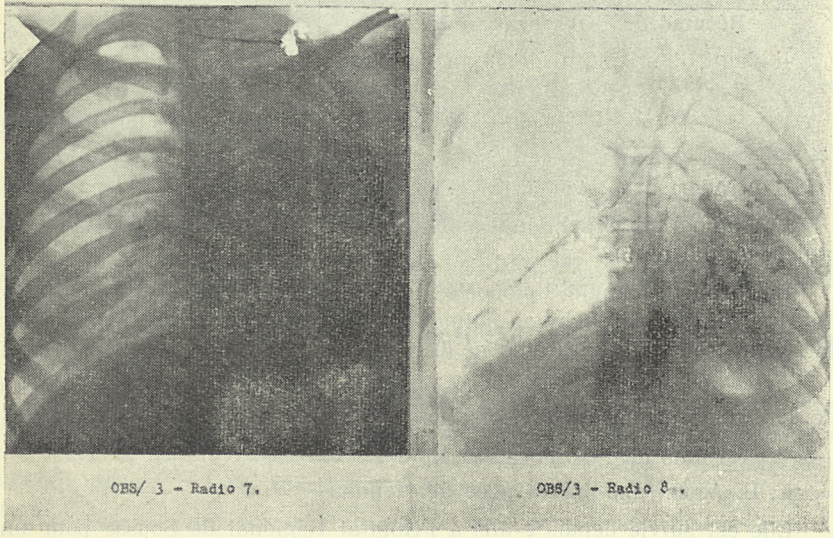
opacité rétractile gauche (radio n° 7). La cuti-réaction à la tuberculine est positive.

Le lipiodol bronchique témoigne de l'existence de dilatations bronchiques à gauche. La bronche gauche et la bronche lobaire inférieure sont réduites à un mince défilé. Il a été impossible d'introduire la sonde dans la lobaire supérieure. Le lipiodol qui a été injecté à ce moment-là a envahi la totalité du champ pulmonaire droit. Il existe une sténose complète de la lobaire supérieure (radio n° 8).



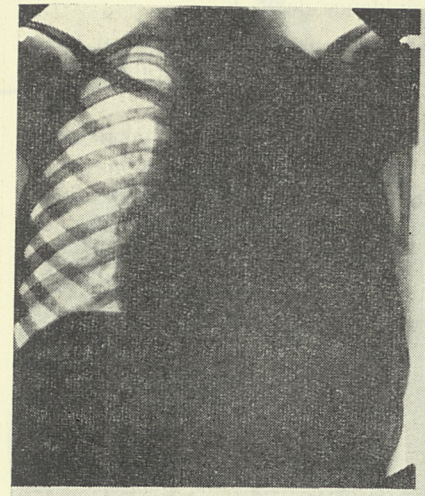
OBS/ 2 - Radio 5 .

OBS/ 2 - Radio 6 .

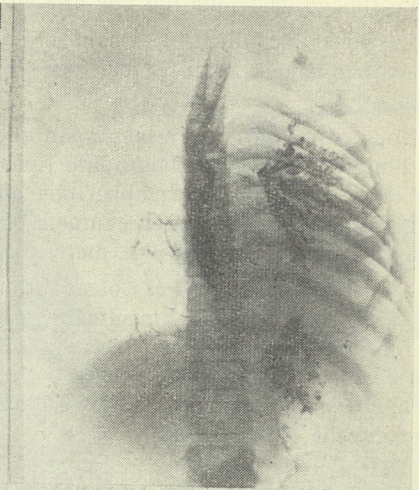


OBS/ 3 - Radio 7.

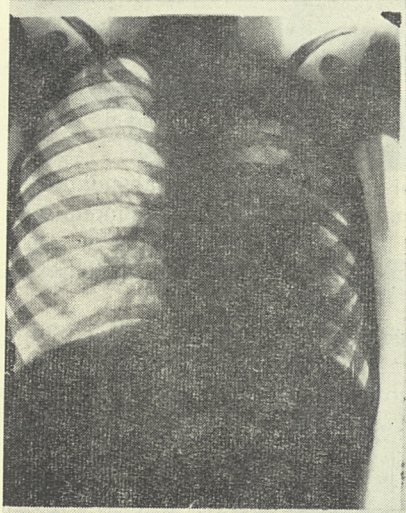
OBS/3 - Radio 8 .



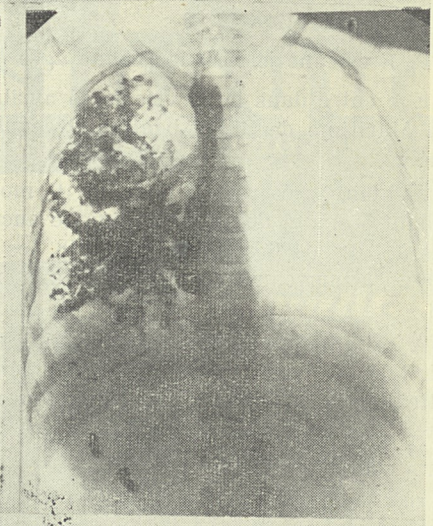
OBS/ 4 - Radio 9 .



OBS/ 4 - Radio IO .



OBS/ 5 - Radio II .



OBS/ 5 - Radio I2 .

Résumé de l'Observation N° 4 :

C'est un garçon âgé de 12 ans.

Il est suivi depuis quelques mois à l'Hôpital Charles Nicole, et a présenté récemment un abcès froid costal.

L'examen du pus d'abcès a décelé l'existence de B. K.

La radiographie pulmonaire montre un poumon sombre à gauche (radio n° 9).

Le tubage gastrique n'a pas mis en évidence de B. K.

Le lipiodol confirme l'existence de dilatations bronchiques qui sont vraisemblablement dans ce cas les séquelles d'un processus tuberculeux (radio n° 10).

Nous avons cru intéressant par quelques observations de vous montrer l'intérêt de la bronchographie lipiodolée au cours des poumons sombres chez l'enfant. Nous n'apportons aujourd'hui à ce sujet aucun autre commentaire sinon que cet examen permet souvent d'individualiser des faits différents dans le cadre même des dilatations bronchiques.

Nous rapprochons de ces observations la forme radiologique suivante, observée chez un jeune musulman de 6 ans. On note chez ce dernier à la radiographie de multiples cavités dans le poumon gauche noyées dans une opacité non homogène (radio n° 11). La bronchographie lipiodolée témoigne de l'existence d'énormes dilatations dans tout le champ pulmonaire gauche (radio n° 12).

B. DILATATIONS BRONCHIQUES ET CORPS ETRANGER INTRABRONCHIQUE

Observation N° 6 :

P. J. est une jeune européenne âgée de 12 ans.

Elle entre dans le service le 15 avril 1954, elle est adressée par l'Hôpital Maritime de Sidi Abdallah avec une observation dont voici le résumé :

L'enfant présente à l'âge de 6 mois des hémoptysies abondantes. Pendant 5 ans et demi on ne signale aucun épisode d'origine pulmonaire. Mais à l'âge de 6 ans, en juin 1948, les hémoptysies réapparaissent. On les note à nouveau en août, elles augmentent de fréquence en septembre 1948.

A cette date, l'enfant est hospitalisée à l'Hôpital Maritime de Sidi Abdallah où tous les examens complémentaires s'avèrent négatifs, en particulier la cuti-réaction et l'intradermoréaction à la tuberculine.

P. J. appartient à une famille saine : le père, la mère, les 5 frères et sœurs sont bien portants.

De nouvelles hémoptysies sont signalées en juillet 1953 et en avril 1954. Elles nécessitent une nouvelle hospitalisation. Des radiographies sont alors pratiquées au lit de la malade, elles sont pratiquement normales. Tout au plus, on note un pinceautage bronchique accentué au niveau de la région paracardiaque droite (radio n° 13).

L'allergie tuberculinique est négative.

L'hémogramme montre à cette date une anémie à 3.800.000.

A son entrée dans le service, le 15 avril 1954, la petite P. J. fait à nouveau une petite hémoptysie qui cède en quelques jours.

Des lipiodols de tout l'arbre bronchique sont pratiqués. Ils montrent



« L'opacifiant biliaire moderne... »

vésipaque

(4114 Th)

ACIDE α (TRIIODO 2-4-6 PHÉNOXY) BUTYRIQUE

ses 4 qualités :

- OPACIFICATION VÉSICULAIRE NETTE NE MASQUANT PAS LES CALCULS
- VISUALISATION DES VOIES BILIAIRES
- ABSENCE D'ARTÉFACTS INTESTINAUX
- BONNE TOLÉRANCE

Boîte de 9 comprimés à 0,50 g.
9 comprimés = une dose

PRINTEL

98, RUE DE SÈVRES • PARIS (7e) THERAPLIX

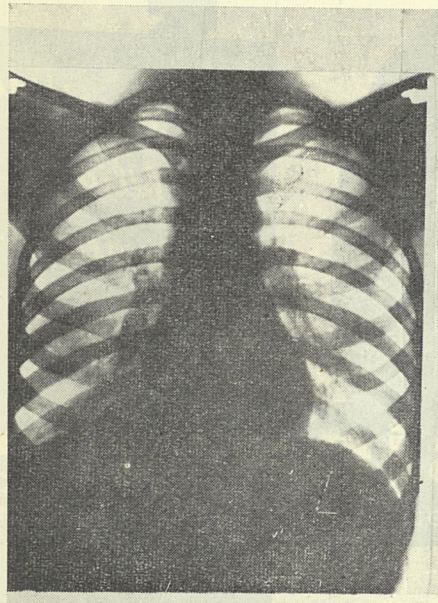
AGENCES THERAPLIX POUR L'AFRIQUE DU NORD

ALGER : 100, Rue Michelet
CASABLANCA : SPECIA-MAROC, 103, Rue Dumont d'Urville
TUNIS : 56, Avenue Jean-Jaurès

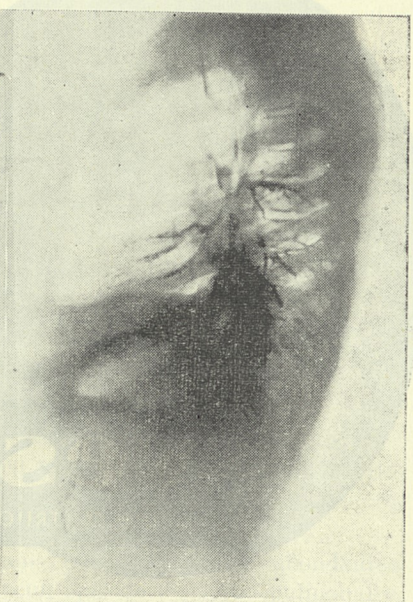
l'existence de dilatations bronchiques localisées au lobe inférieur droit (radio n° 14).

Dans l'intervalle des hémoptysies l'enfant ne tousse pas.

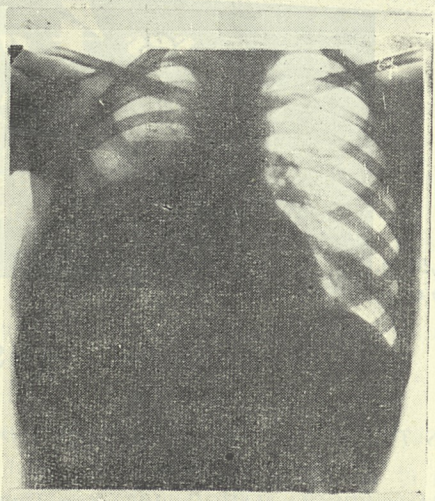
Il existe toutefois une légère anémie et un certain degré de suppuration comme en témoigne l'hémogramme avec 3.845.000 G. R. et 11.400 G. B.



OBS/ 6 - Radio I3 .



OBS/ 6 - Radio I4 .



OBS/ 6 - Radio I5 .

Tous les autres examens sont normaux.

L'enfant est opérée le 4 juin 1954 par le Dr Demirleau.

Le compte rendu opératoire est le suivant :

— Thoracotomie droite par résection de la 6e côte.

— Lobectomie du lobe supérieur droit, la lésion étant localisée.

— Les bronches sont extrêmement malades.

— L'étude de la pièce montre d'énormes lésions bronchiques avec pus fétide. Dans une des bifurcations principales on trouve un corps étranger qui paraît être un morceau de bois et qui est responsable de l'affection.

Les suites sont normales (radio n° 15).

En résumé, il s'agit d'une observation d'une enfant de 12 ans qui a présenté une première hémoptysie à l'âge de 6 mois. Après une période d'accalmie de 5 ans et demi environ les hémoptysies sont à nouveau réapparues, à de nombreuses reprises, jusqu'à l'âge de 12 ans. L'intervention guidée par le lipiodol bronchique a montré l'existence d'un corps végétal au niveau d'une des bifurcations principales de la lobaire supérieure droite, et de nombreuses dilatations au sein de ce territoire pulmonaire.

Les accidents tardifs des corps étrangers sont, soit la suppuration pulmonaire à type d'abcès pulmonaire, soit le plus souvent pour Bernard et Soulas, les dilatations bronchiques accompagnées d'hémoptysie. Cette étiologie des dilatations bronchiques est donc bien connue, elle n'en demeure pas moins exceptionnelle. C'est la raison pour laquelle nous rapportons cette observation qui appelle encore quelques commentaires.

Si l'inhalation d'un corps étranger chez l'adulte est bruyante et ne peut échapper (sensation de fausse route, immédiatement suivie de quintes de toux qui par leur violence et leur répétition incessante déclanche un véritable accès de suffocation), elle peut chez l'enfant passer inaperçue comme dans notre observation, car cet accès se calme vite et la sédation est telle au bout de quelques minutes qu'on a du mal à imaginer qu'un corps étranger puisse être enclavé dans l'arbre bronchique.

La réaction inflammatoire de la muqueuse bronchique avoisinant le corps étranger est vraisemblablement cause des hémoptysies du début, la période d'accalmie notée dans notre observation doit correspondre à la période d'installation des dilatations bronchiques.

Du fait de la direction verticale de la bronche droite, les obstructions par corps étranger siègent presque toujours dans la bronche souche ou la bronche lobaire inférieure droite comme dans notre cas.

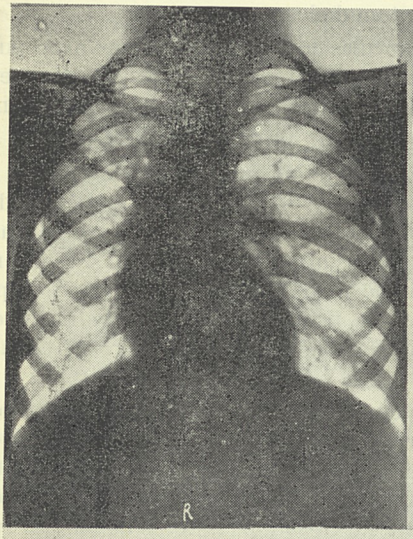
C. DILATATIONS BRONCHIQUES SIMULANT LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Observation N° 7 :

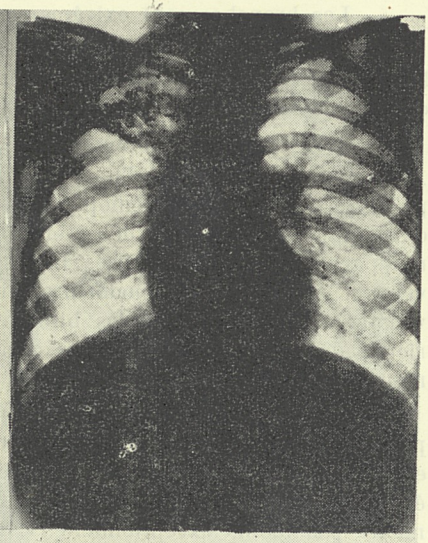
Il s'agit d'un jeune musulman âgé de 8 ans, M. B. C.

Il est adressé par le Dispensaire Scolaire parce que l'on a noté chez lui, à la radioscopie, des petites images aériques arrondies donnant un aspect de mie de pain occupant le lobe supérieur droit (radio n° 16).

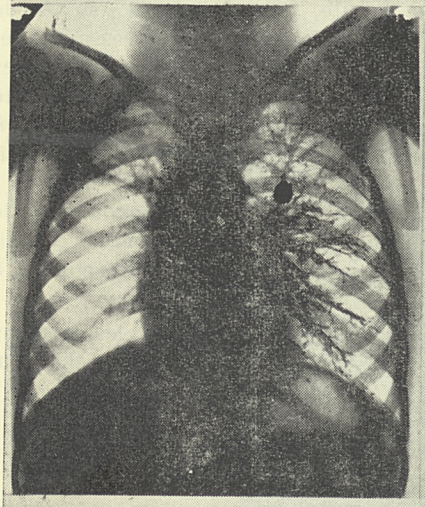
L'interrogatoire apprend que l'enfant tousse depuis son jeune âge. Il est malheureusement impossible d'avoir d'autres précisions.



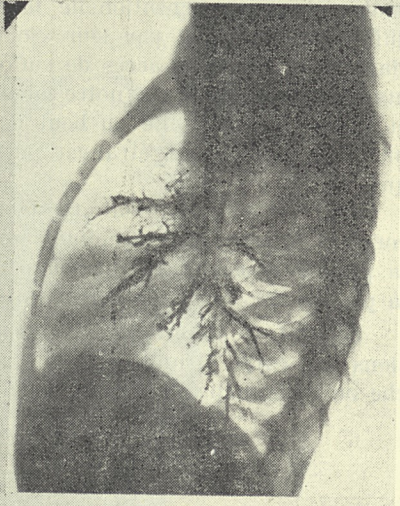
OBS/ 7 - Radio I6 .



OBS/ 7 - Radio I7 .



OBS/ 7 - Radio I8 .



OBS/ 7 - Radio I9 .

L'enfant entre dans le service, le 11 juin 1954

Les divers examens ont donné les résultats suivants :

— La cuti-réaction à la tuberculine est positive.

— Le tubage gastrique est négatif.

— L'hémogramme montre une leucocytose à 12.000 avec 70 % de polynucléaires.

— La température varie entre 37°2 et 37°5.

La bronchographie lipiodolée montre un aspect de dilatations kystiques en nid de pigeon occupant le territoire du lobe supérieur droit (radio n° 17). A gauche les bronches sont normales, sauf celle de la lingula qui paraît légèrement dilatée (radios nos 18 et 19). L'examen O.R.L. est normal, en particulier les radiographies des sinus ne montrent aucune lésion.

L'intervention est pratiquée le 6 août 1954 par les Drs Demirleau, Renaud et Zaoui.

Le malade est opéré sur le ventre à cause de l'abondance de l'expectoration. Une lobectomie supérieure droite est pratiquée.

Les suites sont normales.

En résumé, il s'agit d'un enfant de 8 ans présentant des dilatations kystiques du lobe supérieur droit pouvant simuler la tuberculose et qui a subi avec succès une lobectomie supérieure droite.

D. BRONCHOGRAPHIE LIPIODOLEE AU COURS DES EMPHYSEMES BULLEUX

Observation N° 8 :

Il s'agit d'une jeune musulmane âgée de 10 ans.

Elle est hospitalisée le 20 mai 1954 pour tuberculose pulmonaire.

L'enfant est très amaigrie, elle présente une température oscillant entre 37°5 et 38°5.

La radiographie du 21 mai 1954 (radio n° 20), montre une infiltration diffuse nodulaire de la partie moyenne du poumon gauche au sein de laquelle on note de petites cavités. Le poumon droit n'est pas indemne. Il existe, en effet, quelques nodules dans la région sous apicale droite.

La bacilloscopie est positive.

Le poids de l'enfant est de 24 kg.

Le traitement suivant est institué : Streptomycine 0,75, tous les 3 jours P.A.S., I.V., quotidien et I.N.H. trois comprimés par jour.

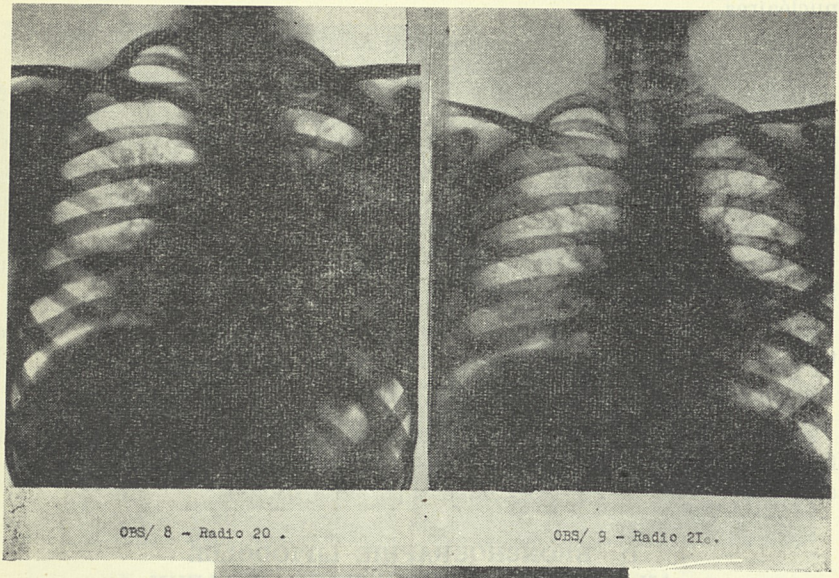
La température revient à la normale au bout d'un mois.

L'état général de l'enfant s'améliore rapidement. Au bout de 2 mois et demi, on note une reprise de poids de 6 kg.

Plusieurs bacilloscopies par tubage sont négatives.

Les radiographies successives montrent un nettoyage important.

La radiographie du 6 août 1954, donc faite deux mois et demi environ après l'entrée de l'enfant à l'hôpital, témoigne de la disparition totale de l'infiltration, mais il persiste des petites images claires arrondies finement cerclées juxtaposées dans la région sous-apicale gauche et une



OBS/ 8 - Radio 20 .

OBS/ 9 - Radio 21.



OBS/ 8 - Radio 22 .

bulle de plus grand volume régulièrement arrondie bien délimitée sans condensation périphérique à la base gauche, donnant un aspect de poumon poly-kystique (radio n° 21).

Un lipiodol intéressant l'arbre bronchique gauche est pratiqué. Il montre un déplacement bronchique et l'arrêt du lipiodol qui n'injecte pas toutes les zones kystiques (radio n° 22).

En conclusion, il s'agit d'une observation d'emphysème bulleux chez une enfant présentant une tuberculose pulmonaire et traitée par les antibiotiques.

*
* *

Ces quelques observations choisies parmi quelques autres sont assez significatives de l'intérêt du bronchogramme chez l'enfant.

L'application de cette technique permet dans un nombre de cas non négligeable de poser avec certitude le diagnostic de dilatations bronchiques ou de kystes aériens et d'éliminer sans aucun doute celui de primo-infection ou de tuberculose. Ces erreurs conduisent encore trop souvent à une thérapeutique de longue durée sans aucune efficacité et parfois même à une cure préventoriale absolument injustifiée.

La conception du traitement des dilatations bronchiques s'est profondément remaniée au cours de ces dernières années et quoique notre expérience en la matière soit trop brève, il nous paraît légitime de l'aborder.

Nous rappelons que le pronostic des bronchectasies inopérables ou non opérées est des plus redoutables ainsi que le prouvent des statistiques américaines portant sur un grand nombre de cas. La dilatation bronchique est une affection qui dans les formes graves pose un pronostic vital en moyenne au bout de 8 à 10 ans d'évolution. Pour Role et Todel, les formes sèches ont une mortalité de 20 %, les formes septiques de 40 %, les formes fétides de 85 %. L'exérèse pulmonaire paraît l'intervention idéale d'autant que les bronchectasies opérées comportent un bon pronostic fonctionnel et que l'on peut parler de guérison dans nombre de cas opérés. Ce fait a le plus grand intérêt, surtout chez ces enfants qui étaient voués en quelques années à une mort certaine, d'autant qu'il n'existe alors aucune contre-indication liée à la médiocrité de l'état général et à l'importance des phénomènes de suppuration. L'hypotrophie et parfois la maigreur cachectique de ces malades témoignent de la gravité des lésions, elles témoignent plus encore de la nécessité d'une thérapeutique active. De ce fait l'on voit, après l'intervention, l'hypotrophie faire place à une croissance qui rattrape son retard et le développement endocrinien souvent retardé devient vite normal.

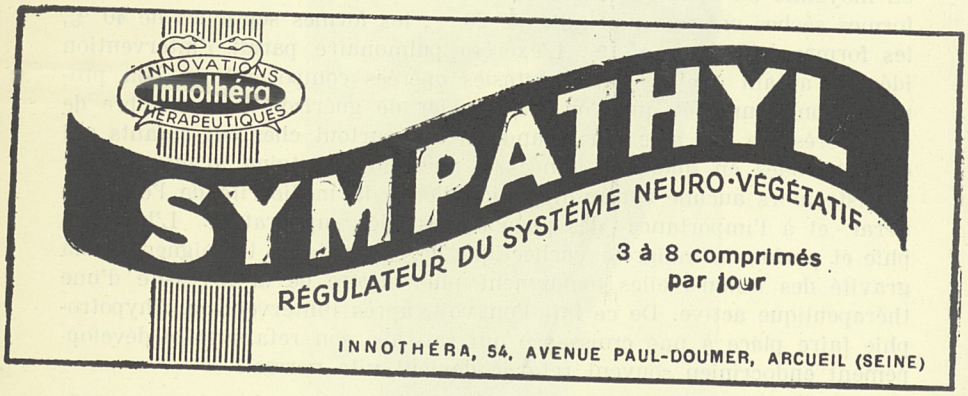
Mais l'analyse des bronchogrammes pré et post-opératoire a permis de noter dans quelques cas des développements de la pronchectasie dans les aires pulmonaires considérées indemnes de cette lésion avant l'intervention et les résultats obtenus sur des cas d'exérèses bilatérales sont

très souvent peu favorables. C'est pourquoi, il est légitime tant du point de vue clinique que thérapeutique de faire une distinction absolue entre deux formes de bronchectasie opposant la maladie bronchectasiante, maladie autonome où le drainage des sécrétions infectées stagnantes prend une importance primordiale en préparant la cure chirurgicale, en évitant les exérèses prématurées ou trop mutilantes et les dilatations bronchiques secondaires le plus souvent localisées qui se voient parfois chez l'enfant comme une complication tardive de la primo-infection et dont le pronostic opératoire et lointain est bien meilleur.

Prenant en considération les données que nous venons d'exposer, la tendance actuelle est de réserver à la chirurgie les formes localisées et donnant lieu à des troubles suffisants et ainsi d'éliminer les formes trop étendues à valeur fonctionnelle du poumon, insuffisantes ou celles se traduisant par une symptomatologie minime où l'on est en droit d'espérer une stabilisation par le traitement médical.

De toute manière, ainsi que nous l'avons dit, il n'y a intérêt à laisser le pas à la chirurgie qu'après avoir asséché les bronches par le drainage de posture, la broncho-aspiration et les injections d'antibiotiques in situ à l'aide de sondes de MÉTRAS ou par voie générale.

Nous avons voulu dans cette communication montrer les progrès réalisés dans la bronchographie lipiodolée grâce à l'existence d'un nouveau lipiodol et l'intérêt de cette technique chez l'enfant.



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

Anémie hémolytique acquise avec hémoglobinurie par auto-anticorps
Rôle éventuel de l'hyperaléxinémie

par MM. B. Hamza, G. Diacono et Mme Castay

—o—

(Séance du 22-10-54)

—o—

L'existence des anémies hémolytiques par auto-anticorps, pressentie il y a près de 30 ans par Chauffard et Vincent, est actuellement un fait nettement établi. Depuis 1948, date des premières observations de Loutit et Mollison, de Boorman, Dood, les cas rapportés se multiplient. Tout récemment, Dausset a pu faire état au dernier Congrès International d'Hématologie, de 54 cas observés en 4 ans au laboratoire d'immuno-hématologie du Centre National de Transfusion Sanguine de Paris.

La fréquence des anémies hémolytiques par auto-anticorps n'est donc certainement pas négligeable. Leur intérêt dogmatique est de plus considérable : avec elles en effet s'est ouvert, comme l'a écrit Tzank, « un chapitre d'une pathologie plus générale : celle des maladies d'auto-agression.

C'est ce qui nous a incité à rapporter ici l'observation que nous venons de faire récemment d'un cas d'anémie hémolyptique hémoglobinurique acquise par auto-anticorps.

— Samia Az..., âgée de deux ans, est amenée à l'un de nous parce qu'elle est pâle et que ses urines sont, par intermittence, anormalement colorées en rouge.

Cette enfant est née à terme, après un accouchement normal. Elle n'a pas eu d'ictère dans les jours qui ont suivi sa naissance. On ne relève, dans ses antécédents pathologiques, que des incidents digestifs bénaux.

Nous apprenons qu'elle est malade depuis environ 1 an et que le début de la maladie a été caractérisé par un épisode fébrile qui a duré une dizaine de jours avec toux quinteuse et spasmodique. Au décours de cet épisode fébrile, l'enfant a émis des urines rougeâtres et brusquement pâli. Un hémogramme pratiqué alors (oct.) a montré l'existence d'une anémie importante (G.R. : 2.320.000 — Hg. : 41 %) avec forte leucopénie (1.200 leucocytes) et érythroblastose modérée (4 % leucocytes). Les réticulocytes et l'hémoglobinurie n'ont pas été recherchés.

Cette anémie, constituée brusquement, il y a donc un an, a persisté depuis, avec des poussées de déglobulisation qui coïncidaient, nous disent les parents, avec l'émission, de manière intermittente et sans cause



...comme

Vitamine C **500** mg.

glucalcium à la Vitamine C 500 mg.

homologué et remboursé par la S. S.

TUNISIE — **Ets NOTE**, 61, Avenue Garros — Tél. 97.090 — TUNIS

apparente, d'urines rougeâtres. Les divers traitements institués sont demeurés inopérants : seule la Cortisone, donnée d'ailleurs à doses faibles et peu prolongées, aurait, semble-t-il, entraîné une amélioration passagère.

Au moment de notre examen, nous sommes en présence d'une enfant non fébrile, pesant 12 kg. 400, légèrement hypotrophique, d'une **pâleur extrême** qui frappe dès l'abord. L'examen somatique est par ailleurs négatif : il n'existe, ni splénomégalie, ni hépatomégalie, ni adénopathie. Les champs pulmonaires sont normaux à la radioscopie. Nous notons seulement sur la face quelques lésions cutanées impétiginées sans caractère particulier.

Pendant notre examen l'enfant émet une **urine rosée**.

Les examens de laboratoire, pratiqués le lendemain, donnent les résultats suivants :

Urines :

Présence d'hémoglobine en dissolution (+).
Absence de cylindres et d'hématies.
Hémosidérine : présence en faible quantité.

Hémogramme :

Globules rouges : 1.510.000.
Hémoglobine : 25 % (3 gr. p. 100 cc.). Valeur globulaire : 0,73.
Réticulocytes : 57 p. 100 G. R.
Leucocytes : 18.900, dont : polynucléaires neutrophiles : 64; polynucléaires éosinophiles : 8; monocytes : 6,5; lymphocytes : 8,5; plasmocytes : 3,5; métamyélocytes neutrophiles : 1,5; myélocyte neutro : 1.
Comptés à part : hématies nucléées : 3,5 p. 100 leucocytes.
Anisocytose. Poïkilocytose. Anisochromie. Polychromatophilie.

Donc : Anémie très importante avec forte réticulocytose, érythroblastose modérée et hyperleucocytose non leucémique.

L'existence d'une **forte auto-agglutination des hématies** à la température du laboratoire gêne considérablement la détermination du groupe sanguin qui doit être faite à 37° sur des hématies préalablement lavées et mises en suspension dans l'eau physiologique (groupe 0).

Recherche d'une auto-agglutinine (positive) :

En milieu physiologique	Agglutination	1/64	à + 4°
	»	nulle	à 37°
En milieu sérum albumine	Agglutination	1/811	à + 4°
	»	1/4	à 37°

La recherche et le titrage de l'agglutinine irrégulière en utilisant, non plus les globules rouges de notre malade, mais des globules rouges 0 rhesus négatif donne des résultats superposables aux précédents.

P.A.B.

PARAMINAN

Acide Para-Amino-Benzoïque

DYSPNEES DE TOUTES ORIGINES
(seul ou associé à la Théophylline ou à la Ouabaïne)

EFFET-RETARD
(associé à la streptomycine ou à la pénicilline)

ACTION VITAMINIQUE - Vitamine H^1
(vitiligo, psoriasis, prurit, pemphigus, sclérodermie, canitie)

ampoules à 5 % et à 10 %
dragées à 0,25 gr.

SÉCURITÉ SOCIALE

Laboratoire **R. GALLIER**, 1 bis, place du Président Mithouard, Paris 7e
SPECIMEDHY, 37, rue d'Isly — TUNIS

OPTALIDON

Le sédatif de choix de la douleur

—o—

DRAGÉES — SUPPOSITOIRES

Laboratoires SANDOZ

6, Rue de Penthièvre — PARIS-8e

—o—

DEPOSITAIRE GENERAL :
M. JARMON — 10, Rue d'Espagne - TUNIS

De plus :

Test de Coombs direct : Positif (+ +).

Test de Coombs indirect (effectué sur des globules rouges 0 rhesus négatif mis en contact pendant une heure avec le sérum du malade) :

Positif (+ +) après fixation à + 4°.
Positif (+) après fixation à 37°.

Ces derniers résultats nous permettent de conclure à la présence simultanée dans le sang de notre malade d'une **pan agglutinine froide complète** de titre relativement modéré et de faible amplitude thermique et d'une **pan agglutinine froide incomplète** de titre très élevé et de grande amplitude thermique.

Par ailleurs :

Résistance globulaire osmotique : normale.
Hémolyse initiale : 5,3 pour 1.000.
Hémolyse totale : 3,87 pour 1.000.
Test de Ham : négatif.
Hémolysine biphasique de Donath et Landsteiner : recherche négative.
Hémolysine acide : recherche négative.
Réaction de Bordet Wassermann : négative.
Titrage du complément (Technique H. Diacono et M. Castay) : 1.200 unités (Normale : 300 à 500 unités), donc particulièrement actif.

Enfin :

Père : Groupe 0 Rhesus positif.
Mère : Groupe 0 Rhesus positif.
Recherche des anticorps anormaux : négative.

Nous n'avons malheureusement pas pu suivre l'évolution du syndrome hémolytique que les examens de laboratoire venaient de confirmer.

L'enfant mourait le lendemain, avant même que nous ayons institué un traitement.

*
* *

L'histoire de notre petite malade d'une part, les résultats de nos examens tant cliniques que biologiques d'autre part, nous permettent de conclure que nous avons assisté à la période terminale d'une anémie hémolytique grave, émaillée de fortes poussées de déglobulisation avec hémoglobinurie, dont l'évolution vers la mort a duré environ un an.

Cette anémie hémolytique n'était pas conditionnée par un **défaut intrinsèque** des globules rouges : la résistance globulaire était normale, le Test de Ham, caractéristique de l'hémoglobinurie nocturne paroxystique, était négatif. Il existait par contre dans le sang de notre malade des



TUNISIE : Ets ZANA et COHEN-JONATHAN
14 bis, Rue Arago — TUNIS

auto-anticorps anormaux de titre très élevé que l'on peut tenir pour responsables du syndrome hémolytique.

Le diagnostic d'anémie hémolytique par auto-anticorps étant ainsi acquis, quelle place mosologique peut-on attribuer à notre observation ? Comme on le sait, l'étiologie des anémies hémolytiques par auto-anticorps n'est pas univoque : les travaux de ces dernières années ont montré que, si dans certains cas, les plus nombreux à vrai dire dans l'état actuel de nos connaissances, un organisme peut, sans cause apparente, s'immuniser contre ses propres globules rouges (**anémie hémolytique-idiopathique**), dans d'autres cas, au contraire, une étiologie précise peut être attribuée à cette auto-immunisation : l'anémie hémolytique apparaît alors comme **symptomatique** de certaines affections parmi lesquelles 3 paraissent avoir un rôle indiscutable : **les affections malignes du système lymphoïde ou réticulaire, la syphilis et la pneumonie atypique à virus.**

De ces 3 affections, les 2 premières n'étaient certainement pas en cause chez notre malade : son BW était négatif et de plus nous n'avons pas trouvé dans son sang **l'hémoglobinurie paroxystique à frigore** observée chez certains syphilitiques

Elle n'était pas non plus atteinte **d'une affection maligne du système lymphoïde ou réticulaire.** Par contre, l'interrogatoire nous a appris que le début de sa maladie avait été marqué par un épisode fébrile au cours duquel l'enfant avait eu de fortes quintes de toux et que, hémoglobinurie et anémie seraient apparues au décours de cet épisode étiqueté « grippal ». **S'agissait-il en fait d'une pneumonie à virus ?**

Le syndrome hémolytique observé chez notre petite malade a-t-il été consécutif à cette affection virale ? Nous posons la question sans naturellement pouvoir y répondre. Cette hypothèse, pour séduisante qu'elle soit, ne peut d'ailleurs pas être admise sans réserve : dans la règle, en effet, et tous les auteurs sont d'accord sur ce point, l'anémie hémolytique acquise avec auto-anticorps froids consécutive à la pneumonie à virus a un pronostic bénin : elle guérit sans laisser de séquelles en quelques semaines. Tel n'a pas été hélas, l'évolution du syndrome hémolytique dont souffrait notre malade, syndrome hémolytique que notre ignorance et la prudence nous obligent en dernier ressort à classer dans le vaste cadre des **anémies hémolytiques idiopathiques par auto-anticorps.**

Le mécanisme du processus hémolytique chez notre malade mérite également de retenir notre attention. Ce processus a été caractérisé, rappelons-le, du point de vue **clinique** par une anémie hémoglobinurique grave, sans splénomégalie; du point de vue **sérologique** par l'identification de deux auto-agglutinines froides : une **agglutinine complète** de titre relativement modéré et de faible amplitude thermique, et une puissante **agglutinine incomplète** de grande amplitude thermique. Nous n'avons par contre pas mis en évidence d'hémolysine et ce fait peut paraître paradoxal si on le confronte avec nos connaissances sur le mode d'action des agglutinines et des hémolysines.



PHARMOFFICE : 1, Boulevard Bugeaud — ALGER.
Diffusion Pharmaceutique Marocaine : 62, Rue St-Saëns — CASABLANCA.
SARRABIA : 35, Boulevard Vauban — MONTFLEURY - TUNIS (Tunisie).
BONNIOT : 37, Rue Miche — SAIGON (Indochine).
GUIGON : Boîte postale 513 — DAKAR (Sénégal).
SO.A.C.I.A. : Boîte postale 815 — ABIDJEAN (Côte d'Ivoire)
LABOREX : Boîte postale 872 — DAKAR (Sénégal).
Coopérative Pharmaceutique Martiniquaise : Boîte postale N° 362 — FORT DE FRANCE (Martinique).

Comment de ce fait, expliquer le désaccord entre la gravité du syndrome clinique présenté par notre malade et nos constatations sérologiques ?

La première hypothèse, que nous formulons en toute objectivité, est que les techniques que nous avons utilisées étaient insuffisantes pour nous permettre de mettre en évidence l'hémolysine qui en fait coexistait avec l'agglutinine irrégulière. Ces techniques, comme l'écrit DAUSSET, sont d'ailleurs « diverses et imprécises » et « on est surpris de constater avec quelles difficultés les hémolysines sont mises en évidence dans les anémies hémolytiques acquises avec auto-anticorps.

Nous nous proposions, pour notre part, de poursuivre nos recherches, mais le décès de notre malade, le lendemain même de notre examen, nous a empêché de le faire.

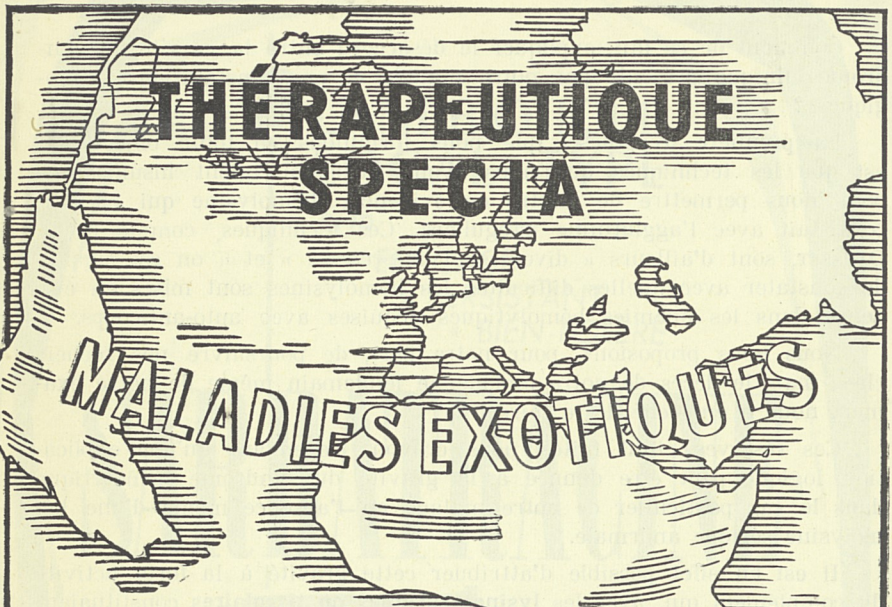
Ces réserves étant faites, nous croyons cependant qu'une explication logique peut être donnée à la gravité du syndrome hémolytique dans le cas particulier de notre malade en l'absence même d'une hémolysine sérique anormale.

Il est en effet possible d'attribuer cette gravité à la forte activité du complément qui, avec les **lysines sériques ou tissulaires** constituaient un complexe hémolytique assez puissant pour hémolyser brutalement les volumineux agrégats d'hématies provoqués par l'activité « in vivo » des agglutinines et en particulier de l'agglutinine incomplète que nous avons décelée dans le sang de notre malade.

La plupart des travaux publiés jusqu'à ce jour ne font guère mention du rôle possible de l'hyperolexinémie dans la physio-pathologie des anémies hémolytiques acquises par auto-anticorps bien que l'alexine soit un élément indispensable du complexe hémolytique. Nous pensons quant à nous, et notre observation paraît le démontrer, que ce rôle est très probablement loin d'être négligeable et qu'il mérite d'être mieux précisé.

Cette substance en excès pourrait en particulier, suivant les lois de suppléance et de proportionalité, jouer même « in vivo » un rôle déterminant dans les poussées hémolytiques où les hémolysines sériques sont en très faible quantité ou absentes.

— Le décès rapide de notre malade, le lendemain même de l'examen, ne nous a pas permis d'entreprendre le traitement par l'A.C.T.H. ou la Cortisone, et d'obtenir, comme d'autres auteurs, soit une amélioration, soit une guérison définitive.



Leishmaniose
GLUCANTIME
LOMIDINE

Amibiase
BÉMARSAL·STOVARSOL
RHODIACARBINE
AURÉOMYCINE SPECIA
SANCLOMYCINE

Bilharziose
ANTHIOMALINE

Trypanosomiase
LOMIDINE
MORANYL
ARSOBAL

Sprue
FOLDINE

Ulcère tropical
AURÉOMYCINE SPECIA

Paludisme
NIVAQUINE
PRÉMALINE·N·
MALOCIDE
RODOPRÉQUINE
QUINIO·STOVARSOL

Pian
AURÉOMYCINE SPECIA
BISPECIA·STOVARSOL
BIPÉNICILLINE SPECIA
EXTENCILLINE

Trachome
SOLUFONTAMIDE-
-LOCASTINE
AURÉOMYCINE SPECIA

Lèpre
HYRGANOL
CIMÉDONE·LIVAZONE

Filariose
NOTÉZINE

SOCIÉTÉ PARISIENNE
D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES
RHÔNE Specia POULENC
PARIS
INFORMATION MÉDICALE
28 COURS ALBERT 1er · TÉL. BAL 10-70
Boîte postale 430-08 · Paris 8e

ANNONCES ET PUBLICITÉ · PARIS

CHRONIQUE

MARCEL PROUST VU PAR UN MÉDECIN

par Félix MASSELOT

—o—

« A la Recherche du Temps perdu » est un triomphe de l'analyse psychologique, mais, c'est en même temps, un document témoignant de la névrose de son auteur. L'œuvre de PROUST ne saurait donc laisser le médecin indifférent.

L'écrivain s'est suffisamment expliqué sur lui-même, pour qu'on puisse, sans trop de peine, caractériser ses tendances intimes. Point n'est besoin pour cela de s'abaisser à enquêter sur sa vie privée. Il n'est que de l'écouter parler.

On sait, et il l'a d'ailleurs écrit, que son œuvre est le fruit d'une **évasion,** hors d'une sombre réalité. Dès l'enfance, il a dû se soumettre à une surveillance et à des soins constants. Il a mené une vie d'enfant gâté, privé d'une existence normale, souffrant d'insomnies, torturé par le désir de la présence de sa mère et de ses caresses. Adulte, l'asthme qui le tourmentait cruellement, l'a contraint à une claustration, qui devint définitive, dans une chambre aux volets clos, où il fuyait le bruit et les contacts douloureux du monde. N'ayant jamais exercé une profession, il a, de ce fait été privé du contrepoids que représente une activité bienfaisante, insérant dans le réel quotidien. Ses goûts personnels, l'ont amené à fréquenter une société très fermée de snobs, qui flattait sa vanité. Or, ce milieu du faubourg Saint-Germain, différait autant d'une humanité courante, que le cyprin japonais du peuple de nos rivières. Il y fréquentait des fantoches, qu'il a savamment disséqués. Pour un Charlus, à personnalité forte ou une duchesse, artiste et intelligente, que de têtes vides et de prétentieuses nullités !

La philosophie de PROUST, ne pouvait donc, en raison de la qualité de son milieu et du genre de vie qu'il avait adoptés, que le conduire à postuler le **néant de la vie**. On comprend, dans ces conditions, que le « casse tête d'écrire », ainsi qu'il le dit plaisamment, ait été, à la longue, son seul bonheur.

PROUST a vécu en un temps où le louis d'or a fait place à la monnaie fondante (c'est-à-dire la sécurité à l'instabilité des situations de fortune), où l'échelle des valeurs s'est transformée en échelle mobile (le succès en devenant l'unique critérium), où la recherche de la vérité, à laquelle se consacraient, autrefois, les meilleurs d'entre les hommes, a été remplacée par la poursuite de l'efficacité (c'est-à-dire où l'activité désintéressée a cédé le pas à l'action égoïste). Enfin, c'est à l'époque où PROUST appa-



HEMORROÏDES

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

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

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

Intrait de Marron d'Inde "P"

La préparation la plus riche en vitamines "P" native

FLACON GRAND MODÈLE, CONTENANCE 3.000 GOUTTES ENVIRON. **PRIX : FRS 434**
FLACON PETIT MODÈLE, CONTENANCE 1000 GOUTTES ENVIRON. **PRIX : FRS 179**

11.000 γ de Vitamine P par cc.

Les Laboratoires DAUSSE 4 rue Auber PARIS (9e)

Remboursé par la Sécurité Sociale
Échantillons sur demande

raissait, que les hommes ont crié, en chœur, avec Zarathoustra : « Dieu est mort », sans hélas ! poursuivre, comme lui, en disant : « J'aime les hommes ». On comprend donc, sans peine, que la fuite dans l'évasion, ait été la seule consolation pour ce diminué physique, dont le cerveau était anormalement développé (d'où son déséquilibre).

On ne peut guère contester le très grand talent de PROUST, (certains vont même jusqu'à dire son génie), même lorsqu'on ne goûte pas sa manière d'écrire, (avec ses phrases interminables, coupées d'incidentes multiples), ni son refus d'accorder tout crédit à l'esprit du lecteur, en ne lui faisant grâce d'aucun développement dont une idée est susceptible, d'aucune des associations qu'elle suggère. Mais, en contre-partie, il faut reconnaître les tendances névrosiques qui ont marqué son œuvre et qui, dans une large mesure, **font que sa psychologie est une psychopathologie.**

En effet, si blasé que l'on soit, on se sent quelque peu inquiet de constater que deux des pôles d'attraction de ses romans, sont l'uranisme et le saphisme. C'est sous l'emprise des deux démons d'une chair pervertie, que gravitent les personnages principaux, qui remarquons-le, sont tous, sauf les domestiques, des oisifs. Tout le long des seize volumes d' « A la Recherche du Temps perdu », se manifeste le parti-pris d'universaliser et de ce fait de normaliser l'inversion sexuelle. A côté des tares morales des héros de PROUST, qui n'hésitent pas à s'encanailler pour satisfaire leurs goûts dépravés, le libertinage d'un vicomte de VALMONT ou d'un marquis de CHAMILLY, apparaît comme péché véniel. Sans doute, ici, avons-nous affaire à de redoutables libertins, mais là, par contre, nous sommes de plain-pied dans le pathologique. Certes PROUST, qui n'était pas sans délicatesse, nous a épargné la peinture de tableaux à la MILLER, sauf en de rares endroits : première rencontre de Charlus avec Jupien, scène de masochisme dans l'hôtel interlope de Charlus), mais, peut-être, eût-il mieux valu, au contraire, qu'il nous procurât les révoltes d'estomac que l'on éprouve à la lecture de Jean GENET. De toutes façons, son habile présentation, pourrait persuader (surtout les inexpérimentés), que l'inversion étant quasi normale est, après tout, acceptable et cela d'autant mieux, qu'à en croire l'auteur, elle est toujours compensée par des qualités séduisantes, notamment dans le domaine artistique et musical. C'est ainsi que le vieux dépravé de Charlus est musicien et lettré, de plus c'est un brave. L'ignoble Morel est un virtuose du violon et une manière de héros, puisque, malgré une inexplicable désertion, il revient de la guerre avec la croix gagnée sur le champ de bataille. Et que dire des pitoyables petits soldats, si complaisants avec Charlus ? Ils débordent de bons sentiments, pleurent la mort d'un de leurs officiers, supputent que l'argent gagné d'une si étrange manière, leur servira à acheter des douceurs pour un frère prisonnier. Comment ne pas s'attendrir, d'autant plus, qu'après avoir quitté Charlus, ils partent à la mort, le sourire aux lèvres et la fleur au fusil.

Seul SAINT-LOUP, qui a le sens social, tranche sur cette galerie de pourris. Tous ces tristes exemplaires d'une humanité corrompue, qui



SOLUTIONS OTOLOGIQUES SPÉCIALISÉES

Chauvin

Remboursables Sécurité Sociale

DANS LE SYNDROME "OTITE AIGUË"
L'EFFICACITÉ
SURABONDAMMENT PROUVÉE

d'OSMOTOL

SE TRADUIT PAR

LA RÉSOLUTION DE L'INFECTION
LA SÉDATION DE L'OTALGIE
L'AMENDEMENT DE LA FIÈVRE
LE RETOUR A LA NORMALE DU TYMPAN

RAPPEL

OTO-BORATE
ADRENALINÉ
Selon la formule du Professeur Le Méé

OTO-CHROME
OTO-PHENOL
OTO-ICHTYOL
OTO-SINAMOPYRINE

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

ont retenu l'attention de PROUST, mènent leur jeu égoïstement, chacun pour soi, sans autre guide que sa fantaisie et sous un ciel sans étoiles Et PROUST, le meneur du jeu, faisant fi de toute préoccupation morale, semble trouver naturels ces débordements. Aucun des problèmes cardinaux de l'existence, en particulier celui de l'action, ne le préoccupe. Or, cet esthétisme, a répondu au goût de ses contemporains, préoccupés, comme lui, de fuir une réalité affligeante. Le chiffre des ventes du « Temps perdu » en témoigne : 1.330.000, dont 759.000 en France, s'il faut en croire les journaux !

Certes, en conférant à **l'évasion dans l'art, une valeur de salut,** PROUST n'a rien innové, mais il est certain qu'il a obtenu une plus large audience que ses devanciers. De fait, le « Temps perdu » est devenu pour ses nombreux admirateurs un nouvel Evangile et ne pas admirer PROUST, c'est se faire traiter de Béotien.

On oublie ainsi ce qu'il y a de **morbide** dans son cas et de malsain, de lâche, dans cette pseudo-sagesse de la fuite dans l'art. Elle s'apparente à celle de QUINCEY, s'évadant dans l'opium !

PROUST écrit qu'il est **mauvais observateur et qu'il n'est soucieux que d'exprimer ses sensations intimes.** De fait son œuvre est un miroir où il se contemple. Mais pour juger de ces sensations, qu'il exhume avec virtuosité de sa mémoire, dans une espèce de rumination mentale, il faut les rapporter à la personnalité propre de l'auteur. Le fer et le cristal ont des résonnances différentes, de même la coupe intacte et celle qui est fêlée. C'est pourquoi il faut en arriver à la question des tares dont PROUST était affligé.

Particulièrement révélateurs m'apparaissent les deux volumes de la Prisonnière :

PROUST, caricature d'Othello, s'y montre jaloux d'Albertine d'une façon mesquine. Bien entendu, il est jaloux des hommes et cela dès leur premier contact avec Albertine; il l'est des femmes ensuite, et avec quelle rage ! Il souhaiterait faire le vide autour d'Albertine, qui est l'objet, de sa part, d'une inquisition incessante et blessante. Or, l'idée ne l'effleurait pas que cette belle fille, sportive et pleine de dynamisme, vivant à son contact, attendait sans doute de lui autre chose que ce qu'il lui offrait. Il a cru naïvement satisfaire son appétit de jeune loup, en lui servant des petits-fours de sa façon qui rassasiaient son propre appétit. Drôle d'amour de tête, alors que l'amour véritable est élan de tout l'être, chair, cœur et esprit ! N'indique-t-il pas une virilité déficiente ? On est confirmé dans cette idée, en relevant dans l'œuvre de PROUST des fanfaronnades significatives, rappelant le comportement du dandy KIERKEGAARD, affecté de la même tare. C'est ainsi que PROUST prétend, en trois mois de vacances, avoir eu (plus ou moins) comme maîtresses, quatorze jeunes filles, ce qui est un beau tableau de chasse pour un séducteur !

Il avait aussi des caprices d'enfant, des sautes d'humeur féminines et un goût prononcé pour le chiffon : qu'on se rappelle sa jouissance en palpant de belles draperies. Certes il déclare être courageux et avoir

CORTINE NATURELLE

AMPOULES
"20 g. et 125 g."
DRAGÉES
SUPPOSITOIRES

LABORATOIRES LAROCHE-NAVARRON

63 RUE CHAPTAL
LEVALLOIS - SEINE - PER. 61-35

PERUBORE

COMPRIMÉS POUR
INHALATIONS ET GARGARISMES

Borate de Soude, Baume du Pérou,
Essences balsamiques —
(sans Menthol)

POUR CORYZAS, SINUSITES, LARYNGITES, TRACHEITES.



TOUX D'IRRITATIONS, TOUX REBELLES, ENTRETIEN DE LA VOIX

TRAITEMENT DE L'ENROUEMENT PAR LE SIROP ET LES PASTILLES

EUPHON

Laboratoires MAYOLY-SPINDLER — 14, Av. des Châteaupieds — RUEIL-MALMAISON (S.-et-O.)

été plusieurs fois croiser le fer sur le pré, mais, le courage n'est pas un apanage du sexe fort.

D'autre part, il semble bien ressortir de l'œuvre de PROUST, qu'il a été rattaché à sa mère non seulement par une affection profonde et toute naturelle, bien que les manifestations en aient été parfois excessives, mais également, par un **complexe** qui pourrait exercer la sagacité des psychanalystes. Les répercussions de ce complexe ont interféré avec son état maladif.

Que l'on me comprenne bien. Ce qu'était réellement PROUST en tant qu'homme, ni ne m'intéresse, ni ne nous regarde. Je trouve même, que l'on a trop tendance, de nos jours, à pénétrer dans la vie intime des écrivains et à se repaître de ce qui en est malsain. Mais, leur œuvre est une affirmation publique. Chacun est autorisé à rechercher ce qui peut l'éclairer et surtout en fixer la portée.

Or, ici, l'œuvre est considérable, c'est une des premières des temps modernes, malgré l'étroitesse du champ qu'elle embrasse. Les thèses soutenues ou implicites, ont donc une grande portée. Il convient de déceler ce qui les motive et les justifie. Nous sommes loin aujourd'hui des théories de TAINE. Certes, le milieu où une œuvre éclôt ne lui est pas indifférent, mais la personnalité de l'écrivain, le dépasse en importance. Que cette personnalité soit saine et bien équilibrée et la signification du message en sera considérablement accrue. Dans le cas contraire, qui est celui de PROUST, il est prudent de juger des perspectives dans lesquelles, maladies et tares, l'ont conduit et de faire le point, la sagesse populaire, dirait, avec bon sens, d'en prendre et d'en laisser. C'est la conduite à adopter vis-à-vis de nombre d'auteurs contemporains, en particulier de GIDE et de PROUST, pour ne nommer que deux disparus.

Ainsi, oubliera-t-on de ces œuvres, ce qui doit s'effacer; dans le cas qui nous occupe, toute la partie morbide, due aux obsessions sexuelles, compensatrice d'une insuffisance réelle et de déviations inconscientes, on pourra alors, mettre en pleine lumière, ce qui doit en demeurer, c'est-à-dire tant de pages justement célèbres et dignes d'une anthologie. Est-il besoin de rappeler celles bien connues de la Madeleine (si finement commentée à Tunis au cours d'une conférence par BURNET) et de la Sonate de Vinteuil, et celle moins citée, et que pour ma part je trouve exquise, du sourire de sa mère l'accueillant à Venise à sa descente de gondole.

Elles prouvent que cet hypersensible était un grand artiste. Névrose et art, font souvent bon ménage. L'histoire littéraire en fournit d'éclatants exemples. Que l'on songe à NERVAL, à LAUTREAMONT, à RIMBAUD, à WILDE, voire même au triste marquis de SADE et à JARRY, qui, tous, à des degrés divers ont influé sur la pensée contemporaine. Il n'en demeure pas moins qu'il importe de cribler leur apport et de séparer le bon grain de l'ivraie.

Société Médicale des Hôpitaux d'Alger

(15 NOVEMBRE 1954)

Ostéose parathyroïdienne chez une femme indigène musulmane, par MM. A. Huguenin et R. Escoutte.

Les Auteurs discutent à l'occasion de l'observation d'une femme indigène de 45 ans, atteinte de fracture du fémur non consolidée avec géodes des os longs, présentant un syndrome humoral d'hyperparathyroïdie :

1° La spécificité d'une image granito-réticulaire du crâne.

2° L'intérêt de la ponction-biopsie d'une tumeur à myéloplaxes du maxillaire inférieur.

3° La part respective d'une cachexie avancée et d'une tétanie grave post-opératoire dans le déterminisme de la mort survenue douze jours après l'ablation d'un adénome parathyroïdien aberrant paratrachéal.

Identité de la Cryoglobuline et de l'Euglobuline I_1 de Sandor à propos d'un cas de cryoglobulinémie, par R. Vargues et J. Massonnat.

Le sérum d'un malade atteint d'hépatite syphilitique fournit par simple refroidissement un précipité protidique. Ce précipité est isolé et comparé à l'Euglobuline I_1 extraite du même sérum. Les deux protéines ont la même vitesse électrophorétique (γ-globulines), sont insolubles dans l'eau tamponnée à pH 7,5 (euglobulines), sont cryo-agglutinantes, sont détruites par un chauffage à 56° du sérum.

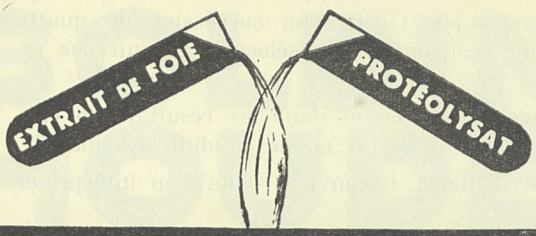
Le sérum artificiellement privé de la cryoglobuline ou de l'Euglobuline I_1 perd ses propriétés originales, à savoir : de précipiter à froid, de précipiter dans l'eau distillée, d'agglutiner à froid, les hématies humaines du groupe 0.

Etude physico-chimique d'une gamma-pseudoglobuline pathologique, par R. Vargues, M. Zermati et E. Alessandri.

Dans un cas de myélome multiple typique par les signes cliniques, radiologiques et biologiques, les Auteurs étudient les propriétés physiques et chimiques d'une protéine sérique anormale. Il s'agit d'une gamma-globuline de vitesse électrophorétique très lente (gamma-2-globuline), soluble dans l'eau distillée, à laquelle sont liés des lipides et des glucides. L'analyse électrophorétique en veine liquide du sérum et de l'urine confirme entièrement les résultats donnés par l'électrophorèse sur papier.

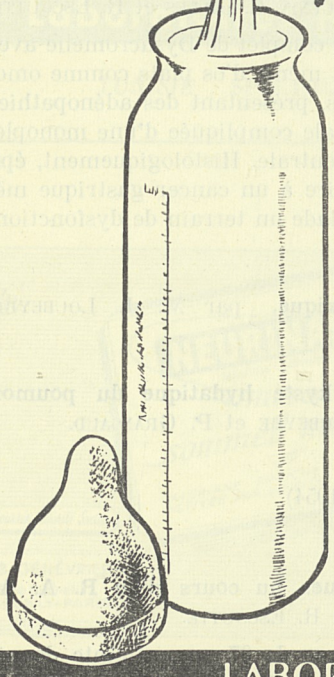
Anomalies de l'exploration radiologique des voies biliaires, par J. Lebon, R. Claude, M. Durand et R. Flourens.

Les techniques modernes de cholécystographie permettent d'étudier de façon précise la morphologie et le jeu fonctionnel des voies biliaires, et à ce point de vue la méthode de Albot, Busson, Toulet offre un intérêt particulier,



PROTIGÉNYL

ingérable pour nourrissons



TROUBLES
de la
CROISSANCE

ANÉMIES - CARENCES

ALIMENTATION D'APPOINT
DES NOURRISSONS
DÉFICIENTS ET PRÉMATURÉS

Une ampoule (stérile)
par 3 kg de poids corporel
et par jour

LABORATOIRES RONCHÈSE - NICE

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

Cependant, chez un même sujet, l'utilisation successive de quatre opacifiants (phéniodol, triodan, vésipaque, radio-sélectan) fournit des résultats peu comparables.

Bien plus, des discordances apparaissent dans les résultats de cholécystographies itératives réalisées avec un même produit opacifiant

Sans nier la valeur de la méthode, il convient donc d'en interpréter les données avec prudence.

A propos de 55 observations d'Arythmie complète, par MM. Robert Raynaud, Jean Robert d'Eshougues, Paul Bernasconi et Mlle Mireille Brochier.

Les Auteurs dégagent de leurs observations les indications des antifibrillatoires auriculaires dans les diverses formes d'arythmie complète qu'ils ont rencontrées. Ils précisent leur tactique thérapeutique (traitement préparatoire, cure d'assaut, cure de consolidation, cure d'entretien), analysent les résultats obtenus (favorables et défavorables) et insistent sur le particulier intérêt de l'hydroquinidine associée aux anticoagulants dans le traitement de la maladie thrombo-embolique des mitraux en arythmie complète.

Ostéoarthropathie hypertrophique pneumique de Pierre-Marie et cancer médiastinal métastatique, par MM. A. Huguenin, C. Gilles et R. Escoutte.

Les Auteurs rapportent un cas typique et complet de Dysacromélie avec périostite engainante étendue des os longs et même d'os plats comme omoplate et sternum, chez une femme de 56 ans, présentant des adénopathies cervicales et médiastinales. Cachexie terminale compliquée d'une monoplégie du membre supérieur gauche d'origine centrale. Histologiquement, épithélioma ganglionnaire médiastinal secondaire à un cancer gastrique méconnu. Les Auteurs soulignent chez cette malade un terrain de dysfonctionnement diencéphalo-hypophyso-ovarien.

Tuberculose pulmonaire et Goitre toxique, par M. J. Loubeyre, Mlle E. Farkas et M. L. Brochart.

Aspect radiologique pseudo-tumoral d'un kyste hydatique du poumon rompu dans les bronches, par MM. J. Loubeyre et P. Grangaud.

(1er DECEMBRE 1954)

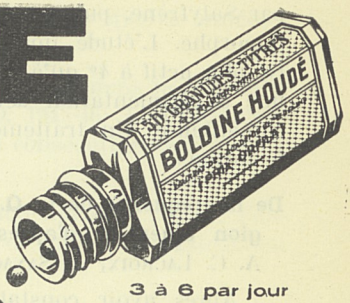
—o—

Purpura et érythème polymorphe allergiques au cours d'un R. A. A., par MM. A. Huguenin, P. Griguer et Mme R. Escoutte.

Les Auteurs ont observé chez une femme de 37 ans, atteinte depuis 9 ans de R.A.A. avec insuffisance mitrale, à l'occasion d'une poussée rhumatismale un purpura anhémopathique au 9e jour d'un traitement

BOLDINE HOUDÉ

GRANULES
TITRÉS
à 1 milligramme



3 à 6 par jour

FOIE

LITHIASE BILIAIRE
CONGESTION DU FOIE
HYPERTROPHIE DU FOIE
INSUFFISANCE HÉPATIQUE

Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

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



par Salyfrène, puis après deux injections de pénicilline un érythème polymorphe. L'étude immunologique décèle un anticorps antiérythrocytaire, plus actif à 4° qu'à 37°, incomplet (réaction de Coombs indirecte), dont une expérimentation détaillée in vitro précise la double origine médicamenteuse. Un traitement par ACTH fait disparaître toutes les manifestations.

De la fréquence de la Q. Fever (Rickettsiose Derrick-Burnet) dans la région algéroise d'après la réaction de fixation du complément, par A. C. Lacroix, A. Sayag, Th. Douard.

Après avoir constaté que depuis les communications de Portier et Lengrand, il n'est plus fait mention de cas algérois dans la littérature médicale, et que cependant Garin trouve au Maroc en 1951, 37,5 % positifs Homme, 44,1 % positifs animaux par microagglutination, et Cordier et collaborateurs 19 % positifs Homme par fixation du complément, et 18 à 52 % animaux en Tunisie en 1953, — qu'enfin, en 1951, les compte-rendus de l'activité du Laboratoire Départemental d'Hygiène font état à 17 % d'intra-dermo réactions positives dans le personnel des abattoirs de Constantine et de Bône, — les Auteurs font état des difficultés rencontrées pour se procurer de l'antigène.

La Rickettsiose existe, sa fréquence n'est pas connue. Ils ont entrepris une enquête par réaction de fixation du complément : antigène Léderlé, technique Institut Arloing de Tunis, et font connaître leurs premiers résultats :

Premier groupe : 10 malades divers :
1 positif au 1/16e.

Deuxième groupe : 127 travailleurs des abattoirs :
12 positifs au 1/16e; 14,1 %.

Troisième groupe : 9 moutons :
2 positifs au 1/4.

A propos de deux cas de cancer du Moignon restant après gastrectomie pour ulcus, par MM. J. Lebon, M. Fabrecoule, R. Eisenbeth et R. Le Go.

Les cancers du moignon après gastrectomie pour ulcus sont classiquement rares. Deux cas ont été observés en l'espace de quelques mois par les Auteurs. A propos du premier, concernant un homme de 37 ans, gastrectomisé en 1952, les Auteurs discutent un ulcéro-cancer passé inaperçu. Le deuxième cas est apparu 20 ans après gastrectomie : la perforation du néoplasme a été cause d'une péritonite mortelle.

De la fréquence de l'hydatidose en Algérie — Aspects endémo-épidémiques, le chien ennemi n° 1, par MM. Lacroix, Jouanneau, Thiodet.

Les Auteurs présentent les résultats de l'enquête qu'ils ont menée. La radio systématique pulmonaire en milieu scolaire a montré 1,5 et 4,3 pour 10.000, images type Kyste Hydatique, respectivement chez les enfants et les maîtres.

Les Docteurs Vétérinaires des abattoirs donnent sur quatre années : 37 % ovins, 30 % bovins, 10 % caprins parasités.

La fréquence de taenias chez le chien est inconnue, mais la mortalité énorme des moutons, certaines années (2.570.000, 1945-46; 1.590.000, 1953-54) permet d'avancer que les chiens du bled sont consécutivement à cette mortalité tous parasités.

Compte tenu des circonstances locales, le chien apparaît comme l'ennemi n° 1 à poursuivre : équipes de nettoyeurs de chiens et destruction des chiens errants.

Diarrhée à staphylocoques après Terramycine. Guérison après l'Erythromycine, par MM. J. Lebon, R. Eisenbeth, E. Garès et J. P. Perret-Bory.

Les Auteurs rapportent une diarrhée à staphylocoques apparue au troisième jour d'un traitement par Terramycine (1 gr. par jour) et rapidement guérie par l'Erythromycine.

A ce propos, ils rappellent le comportement de la flore colique vis-à-vis des antibiotiques et envisagent les hypothèses qui tentent d'expliquer la diarrhée.

LABORATOIRES DEGLAUDE
15, Boulevard Pasteur, PARIS-XV°
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
DIGIBAÏNE
Tonique cardiaque
SPASMOSÉDINE
Sédatif cardiaque
TUNISIE — SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS

Quand vous pensez "sulfamide"...

en **urologie**

Vous pensez : **excellence de la solubilité et de la tolérance** permettant d'obtenir aisément et rapidement un taux élevé dans les urines sans risque de cristallurie,

Vous pensez : **étendue de l'éventail bactériostatique** permettant une action efficace non seulement sur le coli et les paracolibacilles mais encore sur le Proteus, souvant résistant aux antibiotiques, l'entérocoque l'aerobacter et les Cocci Gram + et Gram —

La

GANTRISINE

"ROCHE"

qui réunit toutes ces qualités, est indiquée dans :

les infections urinaires monomicrobiennes ou à flore mixte (pyélonéphrites, cystites, pyélites...)

les localisations urinaires et génitales de la gonococcie

les urétrites à germes banaux et à virus.

Comprimés à 0,50 g
Tube de 20

Ampoules de 5 cm³ à 2 g
Boite de 3

PRODUITS "ROCHE" S. A. 10, RUE CRILLON · PARIS-4e

JOURNÉES SCIENTIFIQUES DE MÉDECINE PRÉVENTIVE ET SOCIALE

VICHY 4-5 SEPTEMBRE 1954

—o—

Les premières Journées Scientifiques de Médecine Préventive et Sociale s'étaient montrées d'un si grand intérêt et d'une telle actualité que les participants avaient, à la quasi unanimité, considéré qu'elles devaient désormais se trouver basées sur une société médicale particulière.

La Société Française de Médecine Préventive et Sociale a tenu à Vichy avec d'aimables appuis son premier Congrès annuel et sa première Assemblée Générale du 3 au 6 septembre dernier.

Les réunions de travail ont été caractérisées par une assiduité qui a été très remarquée. Rapprochée de l'importance des sujets traités, elle montre bien qu'un Congrès de cette nature, entre médecins vivant la médecine sociale, correspond à un réel besoin.

Celui-ci présente d'ailleurs plusieurs aspects correspondant chacun à une forme d'utilité Il porte, en effet, aussi bien sur l'orientation générale et les connaissances particulières propres à chacune des disciplines de la médecine sociale, que sur la personnalité même de ceux qui l'exercent. L'harmonisation intellectuelle des doctrines sera renforcée par la multiplication de leur confrontation. Cette double action sera certainement aussi efficace dans les services extérieurs qu'à l'échelon central.

Sur le plan local, l'organisation de Journées est prévue qui, comme cela a déjà été fait au Mont-Dore, permettront aux médecins sociaux exerçant dans la même région, mais séparés par leurs disciplines, de faire personnellement connaissance et de prendre une conscience plus nette des buts, des moyens et des possibilités d'action de chacun, avec comme conséquence, la possibilité de développer une coopération plus efficace, dans l'intérêt évident de la santé publique.

A l'échelon central, en plus de ces bénéfices immédiats, on peut escompter une meilleure harmonisation, une plus grande facilité d'évolution, une plus grande efficacité et une plus grande souplesse de l'ensemble de notre remarquable équipement de médecine sociale.

Mais un point de doctrine paraît devoir être précisé en fonction de remarques faites au Congrès pendant son déroulement, aussi bien qu'en d'autres occasions par la suite. La Société Française de Médecine Préventive et Sociale est née pour pallier les difficultés qui naissent du cloisonnement des activités et des connaissances. Non seulement elle ne

le ferment vivant

VIVACIDOL

RÉGÉNÈRE la flore de défense
et
NORMALISE le milieu intestinal

INFECTIONS
INTESTINALES
et séquelles

3 à 4 ampoules
buvables par jour
loin des repas

A.T.C.P.

Laboratoires F. BOUCHARD
6, rue Anna-Jacquin - BOULOGNE (Seine)

TUNISIE : Ets NOTE, 61, Avenue Garros, Tél. 97.090 — TUNIS

prétend pas se substituer aux sociétés spécialisées préexistantes, mais encore elle considère que sa meilleure raison d'être est une activité croissante de celle-ci.

On a souvent fait remarquer que devant la multiplicité des connaissances et l'accroissement rapide de leur masse, l'esprit humain était fatalement amené à la spécialisation. Mais dans la mesure où cette tendance était suivie, le risque devenait plus grand de perdre la compréhension de l'ensemble. La Société Française de Médecine Préventive et Sociale est soucieuse d'être un instrument de synthèse et de fertilisation mutuelle, sans chercher à imposer elle-même quelque doctrine que ce soit.

Ce faisant, elle a la conviction de pouvoir rendre servir aux sociétés analytiques qui l'ont depuis longtemps précédée et auxquelles d'ailleurs ses membres se feront un honneur de continuer de participer Ils leur apporteront le fruit de leur double expérience.

Les compte-rendus résumés qui suivent illustreront mieux qu'un plus long discours, la fécondité d'une telle démarche. Les vœux en seront une illustration complémentaire.

I. LA MEDECINE SOCIALE EN PRESENCE DES TECHNIQUES ET DE LA CULTURE

par le Dr René BARTHE,
Médecin-Chef de l'Electricité de France

Un courant commun de pensées donne à la Médecine Sociale le sens de son évolution.

Son action se précisera suivant deux lignes : l'une qui porte sur les techniques, l'autre qui, au long du développement de ses activités, permet à l'homme de se mieux connaître et de mieux prendre possession de lui-même.

La première humanise les machinismes sous la **dépendance** desquels nos sociétés s'organisent inéluctablement; dans le domaine industriel l'évolution, dans ce sens, s'accuse remarquablement.

La seconde reste soumise à l'individuel. Elle place chaque homme en face de sa personnalité, tant physique que morale, s'entretenant, dans chaque cas, avec l'Homme total. C'est pour chacun un moyen de prendre conscience de lui-même et de s'élever dans sa **libre culture.**

La Médecine Sociale sans dissocier l'individuel du groupe, sans brimer l'un au bénéfice de l'autre, sert d'alliance entre les devoirs réciproques.

Il serait particulièrement grave qu'un divorce s'établisse entre les contraintes techniciennes et les aspirations de chaque homme de se réaliser jusqu'au niveau profond de ses valeurs non mesurables.

II. UTILISATION DE LA DOCUMENTATION RECUEILLIE EN MEDECINE SOCIALE

par le Dr Jean-Jacques GILLON,
Médecin-Inspecteur Général du Travail

Ce rapport est une introduction aux exposés spécialisés dans lesquels des exemples concrets seront donnés d'utilisation de la documentation recueillie en Médecine Sociale.

Ces éléments d'information sont très variés, de nature allant de la simple indication numérique, aux observations médicales classiques en passant par les dossiers d'invalidité et les carnets de santé. De ce fait leur exploitation ne peut être uniforme.

En Médecine Sociale on bénéficie de certains avantages d'observation que ne connaissent ni la médecine hospitalière, ni la médecine du praticien. On doit donc utiliser ces facilités pour compléter l'œuvre scientifique développée jusqu'ici.

L'utilisation de cette documentation soulève des questions particulières de méthode, par exemple en ce qui concerne les comparaisons d'individus ou de groupes.

Parmi les méthodes employées on doit citer les monographies, les statistiques globales et, moyen intermédiaire, les sondages.

La méthode statistique est donc essentielle, mais ne dispense pas du sens clinique. L'utilité de son enseignement est manifeste pour l'établissement correct des données de base, pour la préparation et le dépouillement des enquêtes, pour la recherche scientifique et, d'une façon plus générale, pour une meilleure compréhension de la Médecine Sociale grâce à l'introduction des concepts statistiques dans le domaine de la pathologie et de santé.

Jusqu'ici cette méthode, malgré les initiatives prises par les titulaires de certaines chaires n'a pas reçu dans l'enseignement de la médecine la place qu'on souhaiterait lui voir reconnue.

Mais à supposer qu'une telle formation soit donnée aux futurs médecins, le problème de l'utilisation de la documentation recueillie en Médecine Sociale ne serait pas pour autant résolue, car il convient de tenir compte des délicats problèmes soulevés par le respect du secret professionnel, par le classement et la conservation des documents.

Enfin, il ne semble pas que les services publics ou privés dont relèvent administrativement les médecins pratiquant la Médecine Sociale aient toujours une appréciation exacte des avantages que pourrait présenter la poursuite dans ce domaine de recherches scientifiquement conduites. De ce fait, ils ne fournissent pas toujours le personnel ou les moyens matériels qui seraient indispensables.

Les exemples qui vont suivre permettront d'illustrer ce que ces propos ont de trop général. A partir d'eux, grâce à la mise en commun des



PROSTATO-MAGNÉSIUM

NOUVEAU TRAITEMENT DU PROSTATISME

DOCUMENTATION ET ÉCHANTILLONS
LABORATOIRE FREYSSINGE . 6, RUE ABEL . PARIS

difficultés rencontrées, des méthodes employées et des résultats obtenus, la Société Française de Médecine Préventive et Sociale démontre s'il en était besoin, son actualité et son utilité dans le progrès scientifique d'une spécialité qui, plus que toutes, nécessite le développement de la coopération pour le plus grand intérêt de la collectivité.

III. NOMENCLATURE DES CAUSES DE MORBIDITE. APPLICATION A LA SECURITE SOCIALE

par les Drs CHOFFE,
Sous-Directeur de l'Action Sanitaire et Sociale au Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale;
COURBAIRE DE MARCILLAT,
Médecin Conseil Régional de la Sécurité Sociale;
CHARRET,
Médecin-Chef à la Sécurité Sociale.

Toute classification des maladies et traumatismes utilisée dans la pratique courante, doit se situer dans le cadre du classement statistique international adopté par l'O.M.S. en 1948.

Il serait très désirable qu'une même classification, telle que celle proposée dans le rapport, soit mise en usage dans tous les services médico-sociaux. Ceci pose le problème essentiel d'une meilleure coordination de tous ces services et il faut espérer que la Société Française de Médecine Préventive et Sociale y apportera une large contribution.

De bonnes statistiques supposent d'excellents documents de base : on doit donc souhaiter le perfectionnement des méthodes de travail dans tous les services de médecine sociale, tout spécialement par l'organisation en commun de centres de diagnostic et l'établissement de fiches d'observations complètes, mais avant tout très simples.

Depuis qu'elle reçut l'empreinte pythagoricienne, la médecine ne peut plus se passer de chiffres. Il faut mettre tout en œuvre pour améliorer les techniques des études statistiques et les généraliser dans tous les secteurs, car, en dépit de leur valeur qui restera toujours relative, elles présentent en Médecine Préventive et Sociale un intérêt considérable.

IV. INTERET MEDICO-SOCIAL DES STATISTIQUES DES CAISSES DE LA MUTUALITE AGRICOLE ET DE LEUR COMPARAISON AVEC CELLES DES AUTRES REGIMES SOCIAUX

par les Drs G. CUVIER,
Conseiller Technique Médical des Caisses Centrales de la Mutualité Agricole;
G. DUTEIL,
Médecin-Conseil de la Caisse de l'Ile de France.

Les Auteurs, en soulignant tout l'intérêt que présentent en elles-mêmes les Statistiques Médico-Sociales Agricoles et par comparaison avec

celles du Régime du Commerce et de l'Industrie, rapportent d'abord des renseignements généraux concernant le Régime Agricole, puis les Statistiques de la Longue Maladie et de l'Invalidité avec des commentaires relatifs aux affections des divers chapitres étudiés.

Enfin, ils expriment, en conclusion, le vœu de voir chaque Médecin Conseil appliquer une technique rationnelle du Contrôle Médical avec des moyens suffisants et souhaitent vivement qu'une normalisation des bases générales d'appréciation et de coordination s'établisse entre les Médecins Conseils des divers Régimes.

V. MEDECINE DU TRAVAIL ET PATHOLOGIE PROFESSIONNELLE

(Essai de coordination pratique des documents)

par les Drs Stéphane FUCHS,
Médecin-Conseil à la Sécurité Sociale;
G. RYCKELINCK,
Médecin-Inspecteur Divisionnaire du Travail.

Les Auteurs apportent aux Journées de Médecine Préventive et Sociale le fruit d'une expérience de plusieurs années de collaboration et de liaisons entre deux services appartenant à deux administrations différentes.

Après avoir retracé les étapes de cette collaboration jalonnée par la signature de plusieurs protocoles d'accord, ils exposent et soumettent à leurs confrères médecins sociaux le moyen essentiellement pratique qu'ils s'attachent actuellement à établir au moyen de fiches perforées.

Sur ces fiches sont consignés dans chacun des deux services les renseignements normalement collectés concernant, d'une part les sujets atteints d'affections professionnelles, d'autre part les caractéristiques et l'organisation médicale des entreprises. Mais, de plus, ces documents ont été établis en tenant compte des besoins éventuels d'échanges.

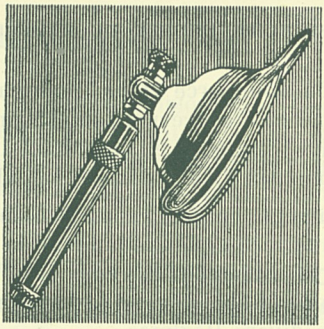
Les codes de référence ont été étudiés et choisis en tenant compte de ce but et en faisant appel chaque fois que possible aux nomenclatures officielles nationales ou internationales.

Le choix des renseignements collectés tient compte également des besoins éventuels de l'autre service ou même de tout autre service poursuivant le même but : celui de la prévention des travailleurs.

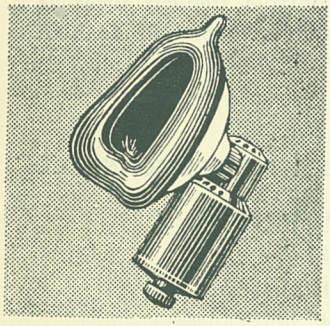
Cette méthode offre les avantages suivants :

1° de pouvoir retrouver rapidement dans chaque service, sans manipulations de dossiers, les renseignements collectés au cours des années écoulées, pour les besoins de statistiques ou de recherches qui lui incombent;

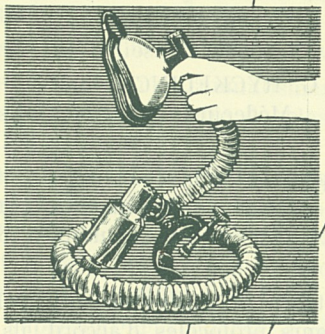
3° de permettre, sur simple demande et sans travail de secréta-



trilène n° 1



trilène n° 2



trilène n° 2
avec montage spécial de fixation

Toute la gamme des appareils inhalateurs pour auto-analgésie

TRICHLORÉTHYLÈNE

ICI

LABORATOIRES AVLON S. A.

21, avenue Victor Hugo - Paris 16e - Tél. : Klé. 12-70

CONCESSIONNAIRES DE IMPERIAL CHEMICAL (PHARMACEUTICALS) LTD. FILIALE DE IMPERIAL CHEMICAL INDUSTRIES LTD.

TUNISIE : Ets NOTE - 61, Avenue Garros - TUNIS - Téléphone : 97.090

T81.7

PUBLICIS

riat anormal, de répondre à des questions émanant de l'autre service et destinées à compléter et à éclairer des renseignements qu'il a normalement recueillis;

3° de permettre, par des sondages simples, faits conjointement, de confirmer ou de dépister certaines nouvelles de morbidité dans les entreprises, puis éventuellement d'en promouvoir la prévention;

4° d'être en mesure d'étendre ces liaisons et échanger à d'autres organismes médicaux poursuivant le même but en modifiant certains détails de perforation des fiches si le besoin s'en faisait sentir.

En résumé, il ne s'agit ni d'une idée, ni d'une méthode nouvelle, mais d'une application pratique étudiée dans un but précis entrant bien dans le cadre d'une liaison indispensable entre services de Médecine Préventive et Sociale pour une plus grande efficacité et sans surcharge de travail.

VI. ESSAI D'ETUDE STATISTIQUE DANS UN SECTEUR GEOGRAPHIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE

par les Drs Gaston PETIT-MAIRE,
Médecin-Inspecteur Divisionnaire de la Santé,
Secrétaire Général de l'Ecole Nationale de la Santé Publique;
Louis LATAILLADE,
Médecin-Inspecteur de la Santé Publique,
Directeur du Centre de Santé Publique de la région de Soissons.

Dans ce rapport, les Auteurs rappellent ce qu'est le rôle actuel de l'Inspection de la Santé, et plus particulièrement des Directions Départementales de la Santé en matière de collationnement et d'exploitation des statistiques démographiques et sanitaires. Ce rôle est relativement passif en matière de démographie pure (statistiques de mortalité). Il est réduit et limité en matière de statistiques de morbidité générale, de statistiques de maladies contagieuses et de maladies sociales. De plus, l'organisation actuelle trop centralisée ne permet pas une évaluation exacte et régulièrement suivie des problèmes sanitaires qui se posent dans tel ou tel secteur, un partage des informations avec les représentants des autres disciplines sociales, une prise de conscience par les médecins praticiens, les responsables des diverses collectivités, et même par l'ensemble de la collectivité elle-même de situations particulières qui réclament un effort technique financier ou social bien déterminé.

Un tel but ne pouvvait être atteint que grâce à une différenciation des statistiques à l'échelon local jusqu'à la plus petite unité où la petitesse des chiffres autorise encore des correllations mathématiquement significatives.

L'obstacle du secret médical est évoqué, ainsi que l'incoordination qui préside encore au lancement des enquêtes ou des sondages. Les Auteurs insistent sur la nécessité absolue d'une collaboration avec les statiticiens professionnels, ce qui n'exclut pas que tous les médecins doivent bénéficier eux-mêmes d'une éducation générale en matière de statistique, telle que celle qui est actuellement assurée (et se développera à l'avenir davantage encore sur le plan pratique) à l'Ecole Nationale de la Santé Publique pour les futurs Inspecteurs de la Santé.

A titre d'exemple de ce qui, dans ce domaine, pourrait être réalisé à l'échelon local, les Auteurs du rapport rendent compte d'un essai d'étude statistique tenté pour le département de l'Aisne par le Centre de Santé Publique de Soissons. On est parvenu dans ce travail à différencier, à l'intérieur d'un même département, des secteurs tels que l'arrondissement ou même le canton, à disséquer en quelque sorte des taux moyens et abstraits en redonnant aux chiffres leur contenu humain, leur signification locale et leur valeur pratique.

En terminant, les Auteurs souhaitent que dans chaque département ou dans chaque région puisse être constitué un bureau de liaison pour l'exploitation des fichiers relevant des diverses disciplines médico-sociales, pour l'approbation des enquêtes et des sondages lancés parfois inconsidérément et pour la diffusion auprès des individus ou des collectivités intéressées de toutes les informations d'ordre statistique susceptibles d'orienter dans le sens désirable l'effort sanitaire et social.

VII. HYGIENE SCOLAIRE ET ENQUETES BIOMETRIQUES

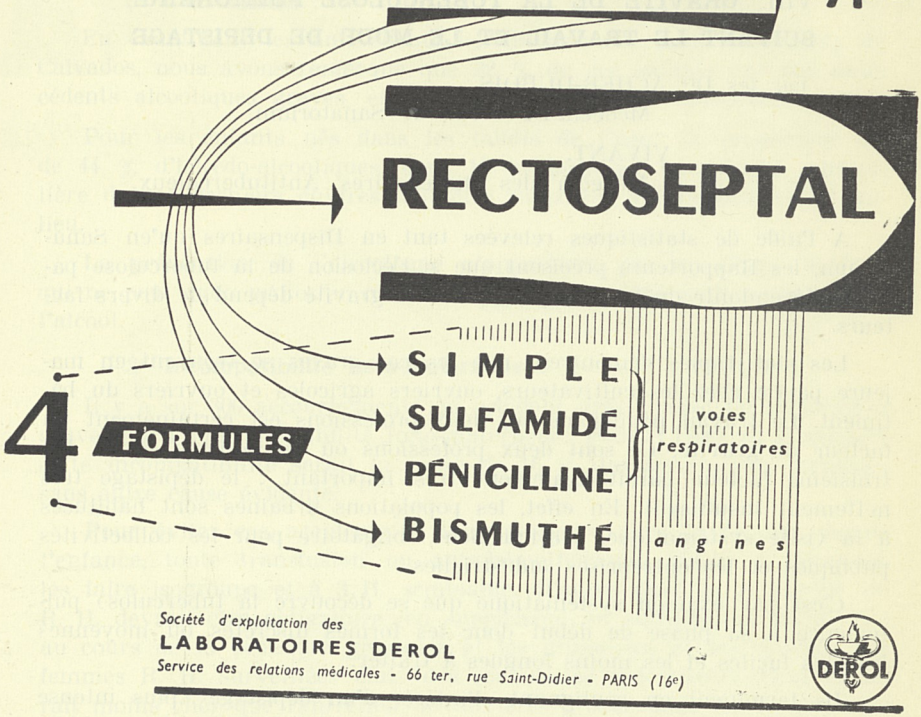
par le Dr Jean RUFF,
Médecin Inspecteur Régional de l'Hygiène Scolaire
et Universitaire

En 1950, le Service de l'Hygiène Scolaire et l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques a procédé, sous la direction scientifique de MM. Aubenque et Thionet, de l'INSEE, à une enquête par sondage intéressant 4.400.000 écoliers.

Cette enquête a permis de mettre à la disposition des médecins scolaires des tables valables pour toute la France, d'un emploi facile, permettant de situer les mesures staturo-pondérales d'un enfant par rapport à la moyenne de la région. Elle a de plus permis des travaux ultérieurs sur les lois mathématiques de répartition des Tailles et Poids et rendra possible, par comparaison avec de futures enquêtes semblables, des études sur l'évolution biométrique de la race.

Seule la collaboration intime du statisticien et du médecin hygiéniste a permis de mener à bien une enquête d'une telle rigueur scientifique.

le suppositoire anti-infectieux type



Société d'exploitation des
LABORATOIRES DEROL
Service des relations médicales - 66 ter, rue Saint-Didier - PARIS (16e)

DEROL

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

VALS-REINE

ARTHRITISME — DYSPEPSIE — DIARRHEE INFANTILE
GASTRO-ENTERITES — DIABETE

Cure de boissons dans les Maladies infectieuses
Eau de table remarquable

VIII. GRAVITE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE SUIVANT LE TRAVAIL ET LE MODE DE DEPISTAGE

par les Drs ACHER-DUBOIS,
Médecin-Directeur de Sanatorium;
VIVANT,
Médecin des Dispensaires Antituberculeux.

A l'aide de statistiques relevées tant en Dispensaires qu'en Sanatorium, les Rapporteurs précisent que si l'éclosion de la tuberculose paraît indépendante du travail, par contre la gravité dépend de divers facteurs.

Les statistiques démontrent que les cas graves se trouvent en majeure partie chez les cultivateurs, ouvriers agricoles et ouvriers du bâtiment. Le travail pénible de ces deux professions est certainement un facteur de gravité. Ce sont deux professions où l'alcoolisme sévit. Un troisième facteur paraît également très important : le dépistage très nettement insuffisant. En effet, les populations urbaines sont habituées à la visite systématique, pratiquement obligatoire pour les collectivités publiques et les entreprises industrielles.

C'est par examen systématique que se découvre la tuberculose pulmonaire à sa phase de début donc les formes discrètes ou moyennes les plus faciles et les moins longues à traiter.

Ils terminent en soulignant l'intérêt d'un dépistage plus intense dans les campagnes où pratiquement rien n'a été fait jusqu'ici; problème qui devrait intéresser tous les médecins s'occupant de Médecine Préventive et Sociale.

IX. FACTEURS ETIOLOGIQUES DES MALADIES MENTALES

par le Dr J. GOLSE,
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Nous avons examiné un certain nombre d'étiologies de l'arriération mentale, nous servant pour certaines des données recueillies à la consultation d'enfants du Dispensaire d'Hygiène Mentale du Calvados.

1° L'hérédité :

Son rôle est important, mais difficile à estimer, car il nous est impossible d'examiner les parents de nos arriérés.

Nous nous sommes servis de l'enquête statistique du Professeur Heuyer sur 100.000 enfants d'âge scolaire; elle montre une corrélation entre le niveau mental du père et de la mère et le Q. I. des enfants. Mais l'arriération mentale grave est plus souvent un accident génétique ou autre, que l'arriération éducable (Peurose).

2° **L'alcoolisme :**

En examinant les antécédents héréditaires des enfants arriérés du Calvados, nous avons remarqué que 22 % de ces enfants ont des antécédents alcooliques graves, et 4 de ces enfants sont inéducables.

Pour les enfants nés dans les taudis de Caen, la proportion est de 44 % d'hérédo-alcooliques, dont 16 inéducables. La gravité particulière de ces derniers chiffres doit être rapportée à l'hérédité et au milieu.

La prévention de l'alcoolisme n'appartient pas au Corps médical qui ne peut que protester contre la protection dont jouit actuellement l'alcool.

3° **Incompatibilité fœto-maternelle :**

Il y a sur 300 accouchements un accident grave (mort ou arriération grave) dû à l'incompatibilité fœto-maternelle. Pour YANNET et LABERMANN cette incompatibilité serait la cause de 16 % des arriérations mentales sans autre cause évidente.

Pour éviter ces accidents, il faut proscrire chez la femme, depuis l'enfance, toute transfusion ou auto-hémothérapie. S'il y a nécessité, les faire isogroupe et à 3 H. semblable. D'autre part, la recherche du R. H. devrait être obligatoire (en supplément ou substitution du B. W.) au cours de la première grossesse et les grossesses et les couches des femmes R. H. surveillées dans des maternités spécialisées. Cela coûterait moins cher que l'entretien des arriérés graves dans les hospices ou asiles.

D'autres incompatibilités plus rares sont encore à l'étude.

4° **Accidents de l'accouchement :**

La maladie traumatique du nouveau-né (anoxie, hémorragie cérébro-méningée) entraîne dans 30 % des cas (selon Mme ROUDINESCO), des conséquences mentales graves.

Pour BENDA qui se base sur des autopsies d'arriérés graves (idiots, imbéciles), 30 % de ces infirmes ont été victimes d'une maladie traumatique du nouveau-né, c'est dire l'extrême importance d'une naissance eutocique et les risques graves déterminés par certaines anesthésies et les ocytociques administrés sans discernement au cours de l'accouchement.

Les accouchements dangereux pour le nouveau-né sont l'accouchement prolongé, l'expulsion trop rapide et l'accouchement par le siège Les forceps à la vulve ne paraissent pas dangereux, mais les forceps haut-situés doivent être remplacés par une césarienne.

La maladie traumatique du nouveau-né peut être traitée par P. L. et en cas d'hématome sous-dural par neuro-chirurgie, plus précise que l'évacuation par ponction transcranienne.

SÉDO-CARÉNA

aminophylline - phénobarbital - papavérine

2 à 6 comprimés par jour



la paix du cœur

DELAGRANGE

madelin

LABORATOIRES DELAGRANGE - 39, Bd de Latour-Maubourg - PARIS (7e)

Quand la réanimation est difficile, il faudrait avoir le courage de l'abandonner après 20 minutes, on ne sauverait qu'un idiot.

5° **La prématurité** qui relève de la pathologie de la grossesse, grève l'accouchement d'un gros risque d'hémorragie cérébro-méningée. Pour éviter cet accident, dès le début du travail administrer à la parturiente, puis au nouveau-né, vitamines E, K et P P. LANTUEJOUL préconise une épisiotomie et la mise en place d'un forceps non tracteur destiné à la protection du crâne.

6° **Les psycho-embryopathies** sont mal connues : elles sont d'autant plus graves que la grossesse est moins avancée.

7° **Toute atteinte neurologique** ou méningée de la première enfance est susceptible d'entraîner des séquelles mentales graves; il importe donc de traiter avec un soin tout particulier les enfants atteints jeunes d'encéphalites ou encéphalopathies.

8° **La séparation précoce**, éloignement de plus de 6 mois d'un enfant de moins de 5 ans de sa mère ou de son substitut, entraîne chez l'enfant des modifications durables, qualitatives surtout du psychisme.

Les enfants élevés en groupe dans des institutions, orphelinats, pouponnières sont des diminués mentaux (50 % d'arriérés ou demi-éducables d'après Mme ROUDINESCO). Nous avons pu vérifier se fait chez les enfants de l'Assistance Publique du Calvados testés à 14 ans par l'O. P. (55 % d'arriérés).

COMMUNICATIONS

I. ESPRIT CLINIQUE ET ESPRIT STATISTIQUE EN MEDECINE SOCIALE ET EN PATHOLOGIE DU TRAVAIL

par le Dr Max VAUTHEY,
Diplômé d'Hygiène Industrielle et de Médecine du Travail,
Médecin-Consultant à Vichy

Le Rapporteur étudiant deux exemples concrets : celui des ulcères duodénaux et celui des manifestations hépatiques dans leurs rapports avec la Médecine du Travail conclut :

A) En Médecine Sociale et en Pathologie du Travail, le caractère de fréquence des phénomènes observés ne peut être apprécié d'une façon absolue et les méthodes statistiques ne pouvent être appliquées d'emblée aux faits bruts d'observation.

B) L'appréciation du fait brut et l'analyse clinique du cas isolé doivent être suivies de l'étude de ses bases physio-pathologiques et de la « construction étio-pathogénique »; — et ce n'est qu'à partir du fait analysé interprété, catégorisé et hiérarchisé que le caractère de fréquence peut être apprécié, — la Synthèse et la Reconstruction Etio-

Pathogénique étant pour nous la clé de voûte de toute connaissance dans ce domaine.

C) La Clinique et la Statistique constituent deux étapes, l'une initiale, l'autre terminale, dans le cheminement vers la connaissance en Médecine Sociale et en Pathologie du Travail.

D) L'esprit clinique et l'esprit statistique ne peuvent pas s'opposer.

E) Néanmoins, la collaboration de la Statistique à la Clinique ne peut être que fructueuse, si elle se fait avec des modalités d'application et avec un esprit véritablement biologique, et, à cette double condition, elle ne pourra que contribuer utilement au progrès et à l'augmentation de la connaissance, et aboutir ainsi à des suggestions prophylactiques et thérapeutiques utiles et efficaces.

II. ETUDE STATISTIQUE SUR LES MODES DE SORTIE DE L'ASSURANCE LONGUE MALADIE DANS LA REGION DE NANCY

par le Dr PELLIER,
Médecin-Conseil Régional de la Sécurité Sociale

L'Auteur a étudié dans les statistiques du Ministère du Travail les chiffres se rapportant à la région de Nancy et soumet les réflexions que cette étude lui a suggérées.

Les raisons qui justifient l'entrée en Longue Maladie sont d'ordre médical et présentent peu de variations autour des chiffres moyens. Ceux-ci donnent une idée partielle de la morbidité générale.

L'étude du mode de **sortie** indique des variations qui sont imputables pour une part aux conditions locales, mais aussi aux différences d'appréciation des Médecins-Conseils et des Commissions d'A.L.M.

Il estime qu'il faut éviter aussi bien une trop grande sévérité qu'une trop grande libéralité et faire jouer chaque fois qu'il est possible l'article 30, c'est-à-dire la guérison apparente.

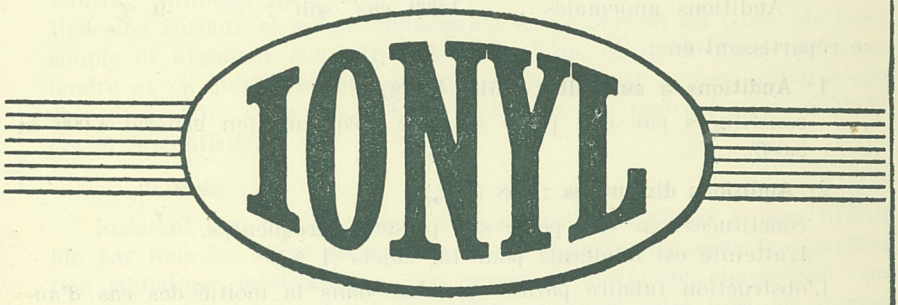
III. DONNEES STATISTIQUES SUR LE DEPISTAGE DES MALENTENDANTS

par les Drs M. GALLOCHER et A. PIC

Le Service d'Hygiène Scolaire et Universitaire a été doté d'appareils électroniques permettant le dépistage des troubles de l'audition : dépistage basé sur un balayage de fréquences à 15 décibels complétés dans certains cas par un audiogramme.

L'examen clinique O.R.L. est, bien entendu, de règle dans tous les cas où un trouble de l'audition a été reconnu.

MÉDICATION
BIO-ÉNERGÉTIQUE
COMPLÈTE



ÉTATS DÉPRESSIFS
USURE ORGANIQUE
NEURO-ARTHRITISME

RÉSULTAT IMMÉDIAT
INNOCUITÉ ABSOLUE

ÉCHANTILLONS ET LITTERATURE : **LABORATOIRES "LA BIOMARINE", DIEPPE**

AGENT GÉNÉRAL POUR LA TUNISIE : **Éts NOTE, 61, avenue Garros, TUNIS — Tél. : 97.090**

Ce dépistage a porté dans le département de la Charente sur 13.397 élèves appartenant à des écoles rurales et urbaines.

Il a permis de mettre à la disposition du médecin de famille des éléments lui donnant la possibilité de poser des indications pour un traitement précoce, médical ou chirurgical.

Ainsi l'évolution vers une surdité grave sera, dans bien des cas évitée

D'autre part, il a entraîné la prise de mesures permettant aux enfants de bénéficier au maximum d'un enseignement normal ou spécial.

STATISTIQUES

Nombre d'élèves examinés 13.397
Auditions anormales ..... 1.209 cas, soit : 9 %

se répartissant en :

1° **Auditions à surveiller** : 642 (4,8 %)

constituées par une perte sur une fréquence (en général 4.000 à 8.000).

2° **Auditions diminuées** : 398 (3 %)

constituées par une perte sur plusieurs fréquences.
L'atteinte est bilatérale pour 137 sujets (1 %).

L'obstruction tubaire paraît en cause dans la moitié des cas d'audition diminuée (0,5 %). On relève ensuite, soit des séquelles otitiques, soit un obstacle externe (bouchon de cérumen ou épidermique). Parfois la cause est innaparente.

3° **Surdités moyennes ou graves** : 166 (1,2 %)

constituées par une perte sur toutes les fréquences.
Surdités unilatérales ..... 111 (0,8 %)
Surdités bilatérales ..... 55 (0,4 %)

Des séquelles otitiques patentes sont à incriminer dans environ la moitié des cas. Pour le reste sont en cause : l'obstruction du conduit auditif externe (dissimulant parfois d'importantes séquelles d'affection ancienne), l'obstruction tubaire. On ne découvre parfois aucun signe clinique (cas de surdités labyrinthiques).

Un enfant sur 400 présente une surdité grave.

REPARTITION DES TROUBLES CONSTATES

1° Atteintes unilatérales ..... 71 %
Atteintes bilatérales ..... 29 %
2° Atteintes de l'oreille gauche ..... 56 %
Atteintes de l'oreille droite ..... 44 %
3° Milieu urbain : 11 % présentent des troubles
Milieu rural : 5 % présentent des troubles

4° Répartition à peu près égale des troubles dans les tranches d'âge.

5° Les filles présentent moins de troubles que les garçons :

41 % contre 59 % pour un effectif comprenant autant de filles que de garçons.

V OE U X

La Société Française de Médecine Préventive et Sociale :

1er Vœu :

Constatant l'intérêt de la statistique d'une part, sa complexité de l'autre, estimons qu'il serait souhaitable qu'elle soit enseignée aux Médecins Sociaux et qu'une publication mette surtout au point, de façon simple et aisément compréhensible par tous, ce qu'ils peuvent en attendre et ce qu'ils peuvent en tirer et quelle est la part relative que doivent prendre dans son exécution et dans son interprétation le Médecin et le Statisticien.

2e Vœu :

Insistant sur l'utilité d'une nomenclature simplifiée unique utilisable par tous les Médecins Sociaux et en concordance avec la classification statistique internationale des causes de morbidité, charge son Conseil d'Administration d'en faire l'étude d'accord avec tous les intéressés

3e Vœu :

Pose l'important problème de la conservation et du groupement des archives médicales.

4e Vœu :

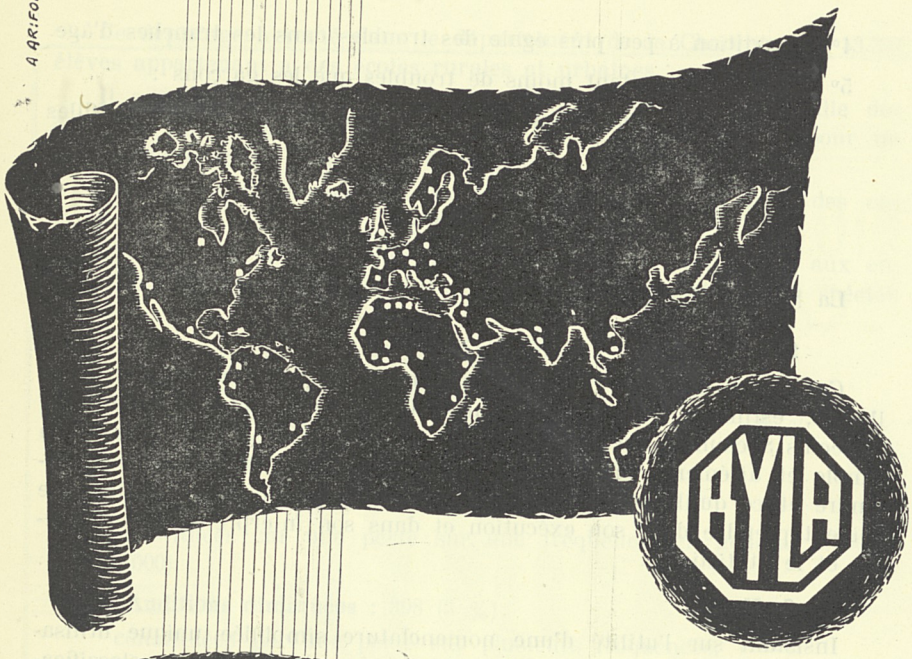
Estime qu'il est très important que la Société puisse publier ses travaux dans un bulletin ou tout autre moyen analogue.

MOTION DE CLOTURE DES JOURNEES

Les membres de la Société Française de Médecine Préventive et Sociale approuvant les idées exposées dans le rapport sur la Médecine Sociale en présence des Techniques et de la Culture rappellent l'importance de la mission des Médecins Sociaux qui ont à jouer un rôle déterminant pour orienter les techniques vers leur humanisation et pour aider les hommes à s'élever dans les domaines de leur libre culture

P. S. — Cette Motion et tous les vœux ont été votés à l'unanimité.

A AR:FON



HORMONES

ANTELOBINE

Hormone gonadotrope chorionique Byla

100 u.i. : boîte de 6 ampoules
500 u.i. : boîte de 3 ampoules
1.000 u.i. : boîte de 3 ampoules

VITAMINES

BEMUNINE LYOPHILISEE

Vitamine B-1

flacon ponctionnable
de 500 mg. de Vit. B-1

TONIQUES

SURRASTHENINE

Spécifique de l'Asthénie

flacons de 125 cc. et de 250 cc.

LABORATOIRES BYLA . 20 RUE DES FOSSÉS-St-JACQUES . PARIS Vᵉ . ODE. 28-30

ANALYSE

Le Problème : LE GRAND OUBLIÉ

par G. KRAUS

(In O.M.S. Nouvelles - Décembre 1954 - Vol. VII, N° 12)

——o——

Le fascicule de décembre 1954 des **Nouvelles de l'O.M.S.** publie un très intéressant article du Professeur G. KRAUS, psychiatre à Groningen (Hollande). Je m'efforcerai de résumer l'essentiel de son exposé. C'est un plaidoyer convaincant, pour que **le médecin ne considère pas la maladie comme une entité, mais qu'il appréhende l'homme malade dans sa totalité** (thèse, qu'après tant d'auteurs, j'ai soutenue depuis nombre d'années).

G. KRAUS avance que le praticien d'autrefois vrai médecin de famille, était mieux à même de répondre aux besoins affectifs de ses patients que son successeur, le thérapeute moderne. Il écrit : « De nos jours, les mala-« des sont enserrés dans une mécanique de mieux en mieux agencée et « huilée, qui ne craint pas de les broyer moralement, au nom de l'effi-« cience ». Les médecins en sont venus à cette extrémité, non par négligence, mais par suite « d'une résistance et souvent d'une hostilité déclarée à l'égard de tout un ordre de notions ». De nos jours, dit-il, sévit un amour un peu puéril « pour les beaux cas » et se déchaîne « un enthousiasme pour les magnifiques jouets que la science place entre leurs mains » (des médecins).

Les pires de tous, ajoute-t-il, sont les spécialistes, qui jouant avec les instruments les plus raffinés, « semblent vraiment prendre, à les manier, « un plaisir qui se suffit à lui-même ». Il poursuit : « **Ils ne voient pas « l'être humain comme un tout; ils soignent un organe, ou mieux, un or-« ganisme, mais non pas un malade et non pas l'être souffrant abandonné « corps (et âme) à leur pouvoir** » (souligné par moi).

Certains d'entre eux, en sont conscients et s'excusent, en arguant qu'ils n'ont pas le temps.

Tout l'enseignement pâtit de cet état d'esprit, aussi bien celui dispensé au médecin, que celui à l'usage de ses auxiliaires. L'Université ne fait pas son devoir, en négligeant le problème crucial des rapports médecin-malade qui est « au centre de l'art de guérir ». On ne s'occupe que de l'entité maladie, qui n'existe pas, si l'on ignore l'individu qui en souffre. « Le malade (dans les hôpitaux) est réduit à l'état de numéro ». Il est en uniforme et dépersonnalisé. Souvent même, l'infirmière ne connaît pas son nom.

La mémoire de l'étudiant est encombrée d'un fatras de connaissances, dont celles d'affections rares, qu'il n'aura sans doute jamais l'occasion

COLLOGÈNE D'ARGENT

FURONCULOSE
Abcès du sein
Urétrites banales
COLIBACILLOSE

ADULTES : 8 à 12 comprimés par jour pendant 4 semaines

ENFANTS { à partir de 7 ans : 3 à 6 comprimés par jour
jusqu'à 7 ans : 1 comprimé par jour

—o—

AUCUNE TOXICITE

Laboratoires JEANSON — 4, rue du Marché Saint-Honoré
PARIS (1er) — Tél. : OPÉra 07-80

de rencontrer dans sa pratique, mais auxquelles ceux qui les ont baptisées, attachent un intérêt excessif. Au cours des visites, le malade anxieux, assiste à ses débats académiques sur son cas, auxquels il n'entend goutte. Si l'on condescend à l'écouter, c'est pour individualiser des symptômes, mais non pour **établir avec lui un rapport humain.**

Suit un tableau très vivant et plein d'humour de la consultation donnée au sieur Dupont, mais l'examinateur ne retient rien d'intéressant, dans le flot des paroles confiantes qu'il entend. « Il ignore tout de l'art « de l'interview médical. Seul compte pour lui le mouvement de l'aiguille « du manomètre... » « ..Très rares sont, parmi les médecins et les infir- « miers, ceux qui ont une idée de la psychologie propre à la maladie, qui « savent prévoir et interpréter les réactions particulières d'un patient at- « teint d'un mal aigu ou chronique ou d'une infirmité ». On ne le leur a pas appris, pas plus qu'on ne leur a démontré l'interréaction de l'homme et de son milieu social et familial. Aussi, les facteurs affectifs, dont le rôle est si grand dans la maladie, sont-ils passés sous silence, alors que « **le tableau clinique d'un malade ne doit pas être une simple photographie,** « **d'un homme couché dans un lit; il doit reproduire en arrière-plan, à la** « **façon de certains maîtres : sa maison, son travail, sa famille, ses amis,** « **ses joies, ses peines, ses espoirs et ses craintes** ».

En terminant, G. KRAUS demande que ceux qui ont la charge d'un service public, commencent par se regarder dans la glace, afin d'examiner « comment les choses se passent d'abord, non pas à l'égard des malades, mais en ce qui concerne ses propres collaborateurs ». Combien de patrons, en faisant ce retour sur eux-mêmes, auront conscience qu'ils n'ont aucun contact humain avec les membres de leur personnel, ne s'intéressant qu'à la stricte exécution du service. Impossible, alors de développer chez eux le sens de leur responsabilité, ni de les faire participer à des mesures d'organisation, pour lesquelles on ne leur a jamais demandé leur avis.

Ceci explique, ajouterai-je, ce que l'on constate parfois : dans un même hôpital, deux services, dotés de personnel de provenance et de formation identiques, ont un rendement tout différent. Dans l'un, où l'on se contente de débiter la besogne, le malade est malheureux, car il se sent un étranger, sinon un gêneur; dans l'autre, où souffle l'esprit de charité, il est en confiance, il s'épanouit, ce qui est loin d'être indifférent pour le succès de la cure.

G. KRAUS nous laisse le soin de conclure, tant il est évident, pour lui, que la conclusion s'impose.

F. MASSELOT.

HYPERCHLORHYDRIE
DYSPEPSIES NERVEUSES
Toutes gastralgies

KAOBROL

2 { Formules / Formes
SIMPLE ou BELLADONÉ
TABLETTES ou POUDRE

Laboratoires J. LAROZE _ 54, rue de Paris _ Charenton (Seine)

HÉPATISME
ARTHRITISME
Cure de décholestérinisation

DECHOLESTROL

1 PAQUET douze jours par mois
matin et soir avant les repas
dans un demi verre d'eau

INFORMATIONS

—o—

Semaine d'Actualités Médicales Pratiques d'Algérie

10-15 JANVIER 1955

—o—

LUNDI 10 JANVIER

9 h. — Le traitement du cancer de la langue, Pr. H. DUBOUCHER.
10 h. — L'eczéma, Pr. E. HADIDA.
17 h. — Hernies diaphragmatiques, Pr. Agr. H. LIARAS.
18 h. — Conduite à tenir en présence d'une niche de la petite courbure, Dr MINICONI.

MARDI 11 JANVIER

9 h. — Exploration moderne des voies biliaires, Dr R. CLAUDE.
10 h. — L'exploration hépatique, Pr. J. LEBON.
17 h. — Les hématuries vues sous l'angle du praticien, Pr. L. SABADINI.
18 h. — L'épreuve du travail, Pr. H. JAHIER.

MERCREDI 12 JANVIER

9 h. — **La ménopause**, Pr. Agr. BOULARD et EZES et Pr. A. LAFFONT.
17 h. — Les acquisitions de l'immuno-hématologie, Dr A. PORTIER.
18 h. — Etat actuel du traitement du syndrome neuro-toxique, Pr. Ch. SARROUY.
19 h. — Film sur les toxicoses. (Specia).

JEUDI 13 JANVIER

9 h. — Indications et contre-indications médicales de la transfusion sanguine, Pr. E. BENHAMOU.
10 h. — Les dyspnées laryngées aiguës de l'enfant, Pr. J.-Ch. GIRAUD.
17 h. — Pleurésie séro-fibrineuse, Dr P. H. MORERE.
18 h. — La tuberculose génitale latente de la femme, son diagnostic et son traitement, Pr. Agr. LAFFARGUE.

VENDREDI 14 JANVIER

9 h. — Le traitement orthopédique de la poliomyélite antérieure aiguë, Pr. P. LOMBARD.
10 h. — La fièvre boutonneuse, Pr. J. THIODET.
17 h. — Les séquelles des gastrectomies, Pr. Agr. J. BREHANT.
18 h. — Exploration fonctionnelle de la cortico-surrénale, Dr J. ROBERT D'ESHOUGUES.

Contre les

infections intestinales

Enfants : 20 à 50 gouttes
Adultes : 50 à 200 »
par jour dans un liquide quelconque avant les repas

ANIODOL INTERNE

Remboursable A. S.

Laboratoires de l'Aniodol
3 à 9, Rue des Alouettes
NANTERRE

SAMEDI 15 JANVIER

9 h. — Le traitement des arythmies complètes, Pr. R. RAYNAUD.
10 h. — Le traitement chirurgical des artérites chroniques des membres inférieurs, Pr. P. GOINARD.

FILMS SCIENTIFIQUES

Les films scientifiques projetés pendant la Semaine d'Actualités Médicales devront parvenir au Secrétariat des Journées — 3, rue Pélissier, Alger — avant le 15 décembre 1954, pour être soumis au Comité scientifique.

*
* *

SEJOUR A ALGER DES MEDECINS ET DE MESSIEURS LES DIRECTEURS DE LABORATOIRES

A l'occasion de la Semaine d'Actualités Médicales, le bureau de voyages des Médecins d'Algérie vous délivrera vos billets d'avion et bateau avec réduction consentie aux Congrès, il vous réservera également vos chambres d'hôtels. Ecrire sans tarder au Secrétariat, 3, rue Pélissier, Alger.

EXPOSITION PHARMACEUTIQUE

Une importante exposition de produits pharmaceutiques et matériel de chirurgie se tiendra dans les locaux de la Clinique Thérapeutique Médicale. En raison du nombre restreint d'emplacements disponibles, demander au plus tôt toute documentation au Secrétariat.

LABORATOIRE CHANTEREAU (INNOTHÉRA)
choline, papaïne
sels biliaires
boldo
EUCHOBYL
3 à 6 comprimés par jour aux repas
TROUBLES HÉPATO-BILIAIRES
TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS

PHOSPHALUGEL

PHOSPHATE D'ALUMINE COLLOIDAL

PANSEMENT DIGESTIF

Laboratoires BIOTHERAX, La Plaine, St Denis (Seine)

Ed. du CARQUOIS

Le pansement de marche

ULCÉOPLAQUE

du Docteur Maury

CICATRISE

- **PLAIES ATONES**
- **ESCARRES**
- **ULCÈRES VARIQUEUX**

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



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

LABORATOIRE SÉVIGNÉ - R. MAURY. Ph , 76, r. des Rondeaux - PARIS

Société Belge de Gastro-Entérologie

—o—

SEANCES EXTRAORDINAIRES DE 1955-1956

Thème général :

Pathologie digestive et Pathologie cordiovasculaire. Rapports réciproques*

—o—

SEANCE EXTRAORDINAIRE DU 28 MAI 1955

Faculté de Médecine de l'Université libre de Bruxelles
115, boulevard de Waterloo à Bruxelles
sous la Présidence de M. le Prof. Léo REMOUCHAMPS
(Service de Gastro-Entérologie de l'Université de Gand)

PREMIERE PARTIE

Retentissement de la Pathologie digestive sur l'Appareil cardio-vasculaire

sous la direction de M. le Dr W. J. H. CLOETENS
Chef du Service de Médecine interne de l'Hôpital d'Anderlecht (Bruxelles)

Programme Provisoire

I. — Introduction, par M. le Dr W. J. H. CLOETENS (Bruxelles).

II. — Retentissements cardio-vasculaires par modification viscérale mécanique au cours des syndromes digestifs :

A. a) Physiopathologie; b) Clinique; c) Statistique, par MM. les Drs C. GROETENBRIEL et R. GOSSART (Bruxelles). — B. Radiologie, par MM. les Drs J. JEANMART et L. A. SWAENEPOEL (Bruxelles).

III. — Troubles cardio-vasculaires par voie « réflexe » au cours des diverses pathologies digestives :

a) Physiopathologie; b) Clinique; c) Statistique, par MM. les Drs D. DEMEY, J. HERBIET, P. R. DE MARTELAERE et DERNIER (Bruxelles).

IV. — Anomalies cardio-vasculaires provoquées par les modifications chimiques au cours des maladies du tube digestif et des glandes annexes :

a) Physiopathologie; b) Clinique; c) Statistique, par MM. les Drs R. DOGUET, P. ROMAINVILLE, A. MAHIEUX, et Mme la Doctoresse N. CASTIAU (Bruxelles).

V. — Retentissements cardio-circulatoires de l'hypertension portale, par MM. les Drs DEWITTE et DELIEGE (Louvain).

VI. — Action de la thérapeutique digestive sur les troubles cardio-vasculaires intriqués aux syndromes digestifs, par M. le Dr P. LEONARD (Bruxelles).

* Par décision du Comité de la S.B.G.E. dans sa réunion de décembre 1953.

PULMOVACCIN

Toutes les affections microbiennes du Poumon

Complexe d'Essences Balsamiques pures

TUBEROL

Voies respiratoires, Coqueluche, Broncho-Pneumonie

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

CANTÉÏNE

PASSIFLORE
(Sédative) 0,50

ELIXIR — DRAGÉES — SUPPOSITOIRES

HAMAMELIS VIRGINICA
(Décongestive et régulatrice du système vasculaire)
XXX gouttes

CRATŒGUS OXYACANTHA
(Toni-Cardiaque)
XXV gouttes

SALIX ALBA
(Fébrifuge)
0,25

MENTHE
(Stimulant)
X gouttes

Triade : Sédative, Régulatrice, Décongestive, Hyperactivée

Indication : Eréthisme cardiaque
Neurasthénie, Névroses, Menopause, Insomnie Cardiotonique Hypotensive

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

---

BALSEPTOL

Plaies, Brûlures
Affections gynécologiques

DISURYL

Pyélonéphrites
Cystites, Bacilluries

Pour ADULTES et FILLETTES

VACCINOVULES

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

---

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

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

VII. — Notes chirurgicales en marge du rapport médical au sujet des intrications cardio-digestives, par M. le Dr P. MARIQUE (Bruxelles).

VIII. — Discussions.

IX. — Conclusions, par M. le Dr W. J. H. CLOETENS (Bruxelles).

SEANCE EXTRAORDINAIRE DE MAI 1956

sous la Présidence de M. le Prof. L. DELOYERS

Chef du Service de Clinique chirurgicale de l'Hôpital St-Pierre, Bruxelles

DEUXIEME PARTIE

Retentissement de la Pathologie cardio-vasculaire sur l'Appareill digestif

Les collègues gastro-entérologues et cardiologues de Belgique et des pays voisins sont cordialement invités à venir prendre une part active à nos travaux et à s'inscrire, **dès à présent,** pour participer à la discussion de la première partie du thème.

Pour obtenir tous renseignements, ils peuvent écrire à M. le Dr W. J. H. CLOETENS, 2, avenue de la Couronne, à Bruxelles, ou bien, au Secrétariat général de la S.B.G.E., 64, rue de la Concorde, à Bruxelles.

G. B.

HEPATOSUC

EXTRAIT DE FOIE BUVABLE TITRE EN VITAMINE B 12 A L'ETAT NATIF

Vitamine B12 15 gammas par ampoule de 10 cc. { **Vitamine B 1** 0 gr. 003 / **Vitamine B 2** 0 gr. 002

Anémies — Asthénie — Convalescences
Retard de croissance staturale et pondérale

J. LESQUENDIEU - Pharmacien

Laboratoires PROBIOS **4, rue de Miromesnil - Paris 8e**

L'AIDE A LA RECHERCHE MÉDICALE

—o—

Le choix et la formation des chercheurs dans le domaine des sciences médicales, l'aide qui doit leur être apportée, viennent de faire l'objet d'une conférence, organisée à Londres par le Conseil des organisations internationales des sciences médiales (CIOMS). Cette réunion a eu lieu durant la première semaine d'octobre à la Royal Society of Medicine, sous la présidence de Sir Harold Himsworth, secrétaire du Medical Researh Council de Grande Bretagne, et avec la participation des délégués de 16 nations.

Le développement de la recherche dans les domaines de la médecine et des sciences biologiques fondamentales présente un intérêt vital dans toutes les parties du monde. La conférence s'est attachée à l'examen de deux aspects de ce problème, partiulièrement important et étroitement liés : les conditions de la recherche dans les universités et l'organisation de centres nationaux de recherches créés sous les auspices des différents gouvernements.

Les universités sont, en vertu de leurs traditions, les centres de recrutement des jeunes chercheurs. Si la recherche médicale d'un pays veut être active, les universités doivent avoir des crédits suffisants, non seulement pour financer l'enseignement, mais encore pour entreprendre des recherches désintéressées à un niveau d'activité convenable. Une université qui considèrerait que son seul rôle est d'enseigner ou qui ne pourrait entreprendre des recherches pour quelque raison que ce soit, faillirait à sa tâche, car la source d'idées fécondes tarirait.

Mais, de nos jours, il faut également un organisme national pour déterminer la politique générale en matière de recherches dans un domaine déterminé, dans le domaine médical en ce qui nous concerne. Ce centre doit avoir pour fonctions : d'étudier les nécessités de la recherche dans son ensemble, d'encourager et de soutenir les secteurs qui semblent défavorisés; de conseiller le gouvernement sur les problèmes médicaux; d'aborder les problèmes intéressant la nation toute entière et les questions médicales présentant une urgence sociale; d'aider la reche dans les institutions non-universitaires; de servir de centre d'information afin que les chercheurs puissent apprécier la place qu'occupent leurs travaux dans l'effort général et d'ouvrir à chacun des perspectives nouvelles.

Telles sont les principales conclusions sur lesquelles la Conférence s'est mise d'accord. Les délégués ont en même temps recommandé une collaboration étroite entre les Universités et le Centre national de Recherches, des mesures favorables à la stabilité des carrières dans la re-

REMBOURSÉ PAR LA S. S.

ACTH Cortrophine

PRÉPARÉE & TITRÉE PAR LE

LABORATOIRE DE L'ENDOPANCRINE

FLACONS A 25 & 50 U. I.

DOCUMENTATION SUR DEMANDE * 48, RUE DE LA PROCESSION - PARIS

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

EXO-THION "Cicatrisations"

GIC

INOSIMÉSOL-CHOLINE

"Insuffisances Hépatiques"

INOSIMÉSOL-CHOLINE "EGIC" : Boîte de 6 et 18 ampoules buvables
EXO-THION : Poudre et Pommade

L'ÉQUILIBRE BIOLOGIQUE - COMMENTRY - ALLIER

GIC

Wallace et Draeger

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

cherche médicale, le travail en équipe, surtout dans le domaine des recherches cliniques.

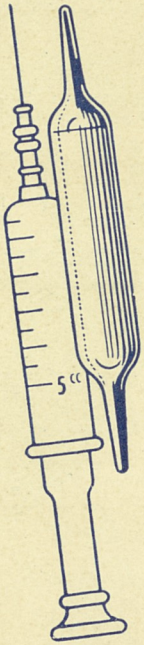
Le Conseil des Organisations Internationales des Sciences Médicales a été créé en avril 1949, sous les auspices de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de l'Organisation des Nations-Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO). Le Conseil rassemble cinquante-cinq associations scientifiques internationales non-gouvernementales, telles que l'Union internationale contre le Cancer, la Société internationale des Chirurgiens, etc. Il coordonne leurs efforts grâce à des rencontres annuelles, facilite l'examen des problèmes qui leurs sont communs et publie un Bulletin de liaison et d'information. Son président actuel est le professeur Maurice B. VISSCHER, de l'Université de Minnesota (Etats-Unis). Les Actes de la Conférence de Londres seront publiés par le C.I O.M.S., sous le titre « l'Aide à la recherche médicale ».

Voici la liste des délégués ayant participé à cette conférene :

Président	:	Sir Harold HIMSWORTH
Vice-Président	:	Dr L. BUGNARD (empêché)
Allemagne	:	Dr E. LEHNARTZ
Australie	:	Dr R. E. RICHARDS
Belgique	:	Dr J. ROSKAM
Canada	:	Dr E. KING
Etats-Unis	:	Mr Ernest M. ALLEN
		Dr R. KEITH CANNAN
		Dr R. F. LOEB
		Dr H. B. STEINBACH
Inde	:	Dr C. G. PANDIT
Irlande	:	Dr W. J. E. JESSOP
Israël	:	Dr M. RACHMILEWITZ
Norvège	:	Dr R. NICOLAYSON
Nouvelle-Zélande	:	Dr F. BIELSCHOWAKY
Pays-Bas	:	Dr A. POLMAN
Royaume-Uni	:	Dr G. W. PICKERING
		Dr F. H. K. GREEN
Suède	:	Dr BROR REXED
Suisse	:	Dr A. WERTHEMANN
Union Sud-Africaine	:	Dr S. F. OOSTHUIZEN
Yougoslavie	:	Dr F. KOGOJ
		Dr K. TODOROVIC
Observateurs :		
UNESCO	:	M. Y. de HEMPTINNE
OMS	:	Dr H. S. GEAR
		Dr E. KOHN
CIOMS	:	Dr J. MAISIN (Président, Comité Exécutif)
		Dr R. PATERSON (Vice-Président)
		Dr J. F. DELAFRESNAYE (Secrétaire)

Imp. N. BASCONE & S. MUSCAT — 41, Avenue de Londres — TUNIS
Le Gérant : L. LEMOINE — 8, Place du 7 Mai 1943 — TUNIS

AZOTÉMIE
SCLÉROSE
OLIGURIES



Métabolisme de l'azote du cholestérol et de l'eau

CHOPHYTOL
INJECTABLE

AMPOULES DE 5cc
TOUTES VOIES
DRAGÉES ET GOUTTES
PER OS
SUPPOSITOIRES
SIMPLES et COMPOSÉS

Remboursé par la Sécurité Sociale

LABORATOIRES ROSA - 11, RUE ROGER-BACON - PARIS



TUNISIE : Ets Note - 61, Avenue Garros - Tunis - Tél. : 97.090

TABLE DES MATIÈRES

1954

TABLE DES MATIERES

1954

Acné polymorphe juvénile par implants d'hormone gonadotrope sérique - (Traitement de l') 349

Allergie et le Laboratoire (L') 983

Amygdalectomie (Pouvons-nous atténuer la douleur post-opératoire dans l') 1041

Analgésie obstétricale (Sur une technique nouvelle d') - L'Analgésie potentialisée 483

Anémie hémolytique acquise avec hémoglobinurie par auto-anti-corps - Rôle éventuel de l'hypéralexinémie 1141

Ascites blanchâtres chyliformes 359

Asthme gravissime jugulée par une injection intra-veineuse lente de morphine (Crise d') 133

Atrésie tricuspidienne congénitale (Sur un cas d') 161

Bronchographie lipiodolée chez l'enfant (La) 1127

Cancer cardio-tubérositaire - Gastrectomie totale par voie thoraco-abdominale - Guérison datant de 5 mois 245

Cancer du col et grossesse 605

Cancer du poumon (A propos de la communication des Drs Koskas, Piétri, et Bembaron sur un cas de lobectomie pour) 903

Cancer primitif localisé du poumon - Lobectomie supérieure droite, guérison opératoire 643

Cécité dans le Sud tunisien (Etude sur la) 1009

Cervicites, dysplasie et cancer du col utérin 565

Chirurgie d'infection en otologie (Evolution technique de la) .. 997

Cholangiographie per-opératoire au cours du traitement de la rupture spontanée des kystes hydatiques du foie dans les voies biliaires (Intérêt de la) 51

Colite ulcéro-hémorragique vérifié par l'opération (Notes sur un cas de) - Ses aspects radiologiques 793

Cures de sommeil chez des sujets présentant des troubles importants de la fonction digestive et probablement des altérations organiques (Quelques constatations concernant en particulier les effets à court terme de deux) 805

Diabète commun (Panorama actuel du) 267, 391, 693

Diabète sucré (Le traitement du) 757

Diagnostic médical (Analyse et synthèse dans le) 927

Digestion et de l'absorption des graisses par le dosage des acides gras dans les selles (Etude de la) 843

Diverticule du péricarde (Deux cas de) - Problèmes de diagnostic .. 635
Droit international médical codifié (Du concept et des sources actuelles d'un) .. 365
Eclampsie (A propos de 15 cas d') .. 595
Eclampsie traité par l'hibernation artificielle (Sur deux cas d') 611
Embolie pulmonaire (Diagnostic électrocardiographique de l') .. 893
Enfant bleu par tétralogie de Fallot - Premier cas opéré en Tunisie .. 647
Enseignement à tirer des symposium sur l'Isoniazide (L') .. 327
Entorses bénignes et phénylbutazone (Traitement des) - A propos de 4 cas .. 341
Fistule cholécysto-colique (Deux cas de) .. 229
Fugue et vagabondange - Enfance - Adolescence .. 61
Gangrène massive des extrémités consécutive à une artérite aiguë chez une enfant de 4 ans .. 171
Gastro-entérologie (Journée tunisienne de) - Korbous 2 mai 1954 755
Gastro-entérologiques de Korbous (Les indications) .. 775
Gérontologie (La) .. 1085
Gestation (La surveillance biologique de la) .. 461
Glutamate et l'art culinaire (Le) - (Avec démonstrations) 803
Glycémie sur 0 cc., 08 de sang digital (Ultra-micro détermination de la) .. 241
Grand Oublié (Le) .. 1189
Grossesse (Interruption spontanée de la) - Test cytologique de l'évolution et de contrôle du traitement .. 497
Harold Ridley (De l'Opération de) - Présentation de deux opérés de cataracte avec inclusion de cristallins en acrylique .. 123
Hernies de l'hiatus œsophagien (Les) .. 21
Hypertension artérielle juvénile avec rein atrophique congénital - Intervention - Résultat médiocre .. 343
Immunisation, organisée par l'O.M.S. à Francfort-sur-le-Main - 15 au 20 mars 1954 (Conférence sur l') .. 918
Infection aiguë à virus grippal « A » à localisations multiples .. 887
Infiltrat à éosinophiles (Deux cas d') - Traitement par la cortisone .. 657
Lambliase et dénutrition .. 629
Leucose aiguë chez un nourrisson de un mois .. 1105
Lymphome giganto-folliculaire - Maladie de Brill-Symmers .. 675
Maladie d'Isambert (Granulie pharyngée) rapidement guérie par les antibiotiques antibacillaires .. 883
Maladie gravidique tardive (Le traitement de la) .. 517

Maladies oculaires (Bilan de la campagne de Tunisie contre les) 909
Marcel Proust vu par un médecin 1151
Médecine humaine (Pour une) 863
Mégalérythème épidémique ou 5e maladie de l'enfant (Le) 165
Méga-œsophage (Accidents de dénutrition gravissime après résection du cardia pour) 814
Méningite cérébro-spinale résistante aux antibiotiques et très favorablement influencée par la médication lytique 249
Méningites itératives à intervalles prolongés 1119
Œdèmes généralisés d'origine hépatique 767
Perforation intestinale au cours d'une fièvre typhoïde traitée par le chloramphénicol (Traitement médical et guérison d'une) 45
Pervers récidivistes (L'internement des) - Erreur incontestable 1047
Pexies utérines (Les accidents consécutifs aux) - Traitement chirurgical de la rétroversion utérine - Résultats éloignés de l'oblitération du Douglas 553
« Pied de Mine » (A propos d'un cas de) 661
Pneumo-phtisiologie (Les IVe journées Nord-Africaines de) 721
Porphyrie aiguë à évolution mortelle 149
Porphyrie aiguë à forme intermittente 137
Purpura Thrombopénique constitutionnel - Splénectomie - Résultats thérapeutiques 1107
Purpura thrombopénique en liaison avec des troubles digestifs 261
Radiculo-névrite et syndrome de Froin 235
Rates nord-africaines par la voie combinée abdomino-thoracique (Ablation des grosses) 155
Réactions de l'organisme en pays trop chauds ou trop froids 187
Réaction de Rapp et Richardson pour la prédiction du sexe avant la naissance (Valeur de la) 979
Réforme des études médicales (La) 289
Règle du minimum (La) 1051
Résection étendue du grêle pour volvulus - Guérison complète sans troubles digestifs ni nutritionnels 787
Richesse en iode et la valeur alimentaire du gombo (Sur la) .. 127
Septicémie à perfringens (Traitement actuel de la) 533
Söeren Kierkegaard, un névrosé de génie 65
Stérilités par insuffisance de pénétration spermatique (Les) .. 583
Syndromes abdominaux aigus au cours des maladies nutritionnelles 837
Syndrome carentiel post-gastrectomie (Quatre cas de) 779

Syndrome d'allure épidémique du type « Pneumopathie virale » observés chez l'enfant (A propos de quelques cas récents d'un) .. 665
Syndrome de Mauriac (A propos du) .. 1113
Syndrome douloureux ostéo-musculo-articulaire abdomino-pelvien bénin des femmes enceintes (Le) .. 443
Tachycardie paroxystique de longue durée (Accès de) - Insuffisance cardiaque grave - Résultats thérapeutiques .. 681
Tétanos à bouche ouverte (Formes pseudo-chirurgicales de) .. 253
Toxémie gravidique (Etude comparée électrophorétique du sérum et des urines chez les femmes atteintes de) .. 899
Transit digestif d'un même sujet pendant dix semaines comportant 7 images radiographiques successives du troisième temps (Etude du) .. 353
Troubles biliaires et endocriniens chez la femme (Deux observations de coïncidence entre) .. 819
Tubage minuté (Notes sur le) .. 823
Tumeurs malignes diagnostiquées au laboratoire d'anatomie pathologique de l'Institut Pasteur de Tunis au cours des années 1950, 51 et 52 (Statistiques des) .. 1031
Ulcère peptique après gastrectomie traités par opération de Dragstedt (Deux cas d') .. 797

TABLE DES AUTEURS

1954

Docteurs

ABITBOL S. . . . . 171.
BARSOTTI J. . . . . 51, 903.
BAUMEL J. (Montpellier) . . . . . 757.
BEMBARON Ch. . . . . 643.
BEN MESSAOUDA S. . . . . 343.
BEN M'RAD . . . . . 253.
BENMUSSA S. . . . . 137, 149, 629, 647, 675, 767, 887, 1085, 1107.
BENON R. (Saumur) . . . . . 61. 1047.
BEN RAÏS H. . . . . 7.
BERNÈS (Médecin-Cdt) . . . . . 661.
BONAN H. . . . . 155.
BORSONI G. . . . . 45, 779, 805.
BOULAKIA Y. . . . . 137, 149, 814, 893.
BROC R. . . . . 1127.
CALO A. . . . . 635, 681.
CARUANA M. . . . . 629, 647, 1107.
CASTAY (Mme) . . . . . 1141.
CHELLY M. . . . . 155.
COHEN H. . . . . 137, 149, 343, 767.
COHEN H. H. . . . . 647, 893.
COHEN M. . . . . 775, 1105, 1113.
COHEN-HADRIA E. . . . . 349.
CORCOS A. . . . . 133, 171, 253, 359, 883, 1119.
COSSET (Médecin-Cdt) . . . . . 235.
COUPIN J. . . . . 721.
COURSIÈRES H. . . . . 903.
CUÉNANT J. . . . . 343.
DAIRE J. . . . . 365.
DANA Raoul . . . . . 45, 779.
DELORT M. . . . . 353, 795, 805, 819.
DEMIRLEAU J. . . . . 229, 647, 787, 814, 1107.
DIACONO G. . . . . 1141.
DUPOUX R. . . . . 13.
DURAND D. . . . . 918.
DZIRI A. . . . . 127.
FAUGÈRE (Médecin-Cdt) . . . . . 249.
FOUQUET L. . . . . 611.
GANEM R. . . . . 51, 155, 793, 903.
GORDEEFF A. (Mme) . . . . . 1031.
HADDAD (Mme) . . . . . 629. 767, 1107.
HAGÈGE A. . . . . 229, 787, 797.
HALFON S. . . . . 1127.
HAMZA B. . . . . 161, 629, 647, 1107, 1141.
JAHAN H. . . . . 605.

Koskas R.	245, 643, 797.
Klotz P. L. (Paris)	1041.
Lacomme M. (Prof., Paris)	443, 461, 483.
Lamarche M.	805.
Lantuejoul P. (Prof., Paris)	439.
Lévi Guillaume	899.
Loewy Eric	803.
Mabille (Médecin Lt Col.)	661.
Malnou F.	1009.
Masselot F.	65, 289, 327, 411, 863, 927, 1051, 1151, 1185.
Mepger R. (Prof. Agr., Paris)	497, 517, 533, 553.
Mestiri S.	787.
Moatti L.	814.
Mokaddem S.	359.
Nahum A.	343, 767.
Nataf J.	161.
Nullet	887.
Palmer R. (Paris)	565, 583.
Pantaleo H.	149.
Paviot J. J.	657.
Pérez A.	883.
Pérez Ch.	137, 241, 979, 983.
Pernot G.	787.
Piétri S.	643, 797.
Raïs H.	123.
Renauld B.	229, 647.
Ricoux L.	805.
Roussel A.	805.
Saffar A.	887.
Samama Emile	1105.
Santy P. (Prof. Lyon)	21.
Sassi M.	793, 819.
Scemla J.	441, 611.
Sebag A.	165, 665.
Smadja F.	229.
Sta-M'Rad A.	133, 253.
Tabbane Ch.	171.
Tédeschi R.	261, 353, 793, 805, 819.
Thonier J.	45.
Thonier M. (Mme)	45.
Tibi R. C.	341.
Tourgis J. P.	997.
Traploir Ph.	823.
Uzan M.	127, 187, 267, 391, 693, 837.
Vaillant	611.
Valensi G.	595.
Zarka - Corcos (Mme)	253.
Zérah A.	149, 165, 261, 843.
Zérah Ch.	675, 1105.
Zouaoui M.	647.

Imp. Nicolas BASCONE & Sauveur MUSCAT — TUNIS