

*Bibliothèque numérique*

medic@

**Faroy, Georges. Exposé de titres**

*S.l., s.n., 1919.*

*Cote : 110133 t. CXLVI n° 10*

2015年12月15日 星期二

général des travaux pratiques d'analyse pour l'usage de la chimie

1907-12

G. F A R O Y

Prof. de Laboratoire à la Clinique Médicale de l'Hôtel Dieu.  
(Professeur Sigalafoy)

Centre de Laboratoire au EXPOSE de TITRES  
Museum (Dispensaire Bourgeois)

assistant de la consultation spéciale pour les maladies du tube diges-  
tif : Hôpital Saint Antoine (D 0000000000000000)

1917-19

assistant
assistant adjoint de la consultation de Védicins de l'Hôpital Lariboisière

Figure 1

Professeur de laboratoire de bactériologie et d'anatomie pathologique de  
l'École Supérieure d'Anatomie des Hôpitaux

(1918-19  
1 1919

différence d'anatomie pathologique, au laboratoire de la Faculté,  
en qualité de moniteur

1907-1911

Conférences d'anatomie pathologique et de bactériologie, à la clinique  
Médicale de l'Hôtel Dieu

1009-10

conférences de bactériologie clinique, au Laboratoire de l'Aspitholite  
d'anatomie des Hôpitaux

Mat 191

Types Scientifiques

Membre titulaire et ancien Secrétaire de la Société Anatomique



၁၉

1907-1908  
1909

## 1906-1909

1909-1910

1910-1911

1911-1914

{1913-1914  
1919

(1913-1914  
( 1919

**I907-I908**

1909-1910

May 1919

### Concours antérieurs

Quatre concours (1911, 1912, 1913, 1914)  
Deux admissibilités à l'épreuve anonyme (1913, 1914)



Titres Universitaires

Moniteur des travaux pratiques d'anatomie pathologique à la Faculté

Docteur en Médecine

Titres Hospitaliers

Interne des Hôpitaux de Paris

Chef de Laboratoire à la Clinique Médicale de l'Hôtel Dieu  
(Professeur Titulaire)

Chef de Laboratoire au Dispensaire antituberculeux de l'Hôtel  
Dieu (Dispensaire Bourgeois)

Assistant de la consultation spéciale pour les maladies du tube diges-  
tif à l'Hôtel Dieu (Antoine (Dr. Lefebvre))

Assistant adjoint de la consultation de Médecine de l'Hôtel Lariboisière

Chef du Laboratoire de bactériologie et d'anatomie pathologique de  
l'Asphiltière d'Anatomie des Hôpitaux

Enseignement

Conferencier d'anatomie pathologique, au Laboratoire de la Faculté,  
en qualité de suppléant

Conferencier d'anatomie pathologique et de bactériologie, à la clinique  
Médicale de l'Hôtel Dieu  
Conferencier de bactériologie clinique, au Laboratoire de l'Asphiltière  
d'Anatomie des Hôpitaux

Titres Scientifiques

Membre titulaire et ancien Secrétaire de la Société Anatomique

Membre titulaire de l'Association Française pour l'Etude du Cancer



# TITRES MILITAIRES

Hôpital Militaire de Bourges (Médecin traitant)	3 août 1914 Mars 1915
Hôpital Militaire de Bourges (Chef du laboratoire de la 8ème. Région)	Mars 1915 24 Nov. 1915
Groupe de Brancardiers du 34ème. Corps d'Armée (Médecin Chef de la Section d'hygiène et de prophylaxie) - St. Dié-	25 Nov. 1915 30 Sept. 1913
Laboratoire Annexe de la VIIème, puis de la IIème. Armées (Belfort) Médecin adjoint, puis Médecin-Chef	13 Oct. 1916 31 Janv. 1919
Hôpital Militaire de Belfort	1 Fév. 1919 3 Mars 1919
Médecin aide-major de 2ème. Classe	2 août 1914
Médecin aide-major de 1ère Classe	2 août 1913

101 Août 8  
101 Mars 101

Hôpital Militaire de Bourges (Légion Française)

101 Mars 101  
101 Nov. 101

Hôpital Militaire de Bourges (Chef du Laboratoire de la Santé Militaire)

101 Nov. 101  
101 Sept. 101

Groupes de Bronchopneumonie du Stomac, Corps d'Armée  
(Légion Française Chef de la Section d'Hygiène et de Prophylaxie) - St. 101

101 Oct. 101  
101 Janv. 101

Laboratoire Annexe de la Ville, puis de la Santé Militaire (Belfort)  
Légion Française, puis Légion Française

101 Nov. 101  
101 Mars 101

Hôpital Militaire de Belfort

101 Août 101

Légion Française de Bourges (Légion Française)

101 Août 101

Légion Française de Bourges (Légion Française)

## TRAVAUX SCIENTIFIQUES

- 1.- Volumineuse endocardite ulcéro-végétante aortique, avec thrombose de la coronaire antérieure.- Bull. Société Anatomique.- Juillet 1906.
- 2.- Présentation d'un fœtus atteint de malformations multiples, en particulier du côté de l'appareil urinaire, avec oligoamnios- (en collaboration avec M. Maygrier) Bul. Société d'Obstétrique de Paris - Mars 1903.
- 3.- Isolement et étude d'un bacille intermédiaire au bacille d'Eberth et au paratyphique A de Brien et Kayser - Société de Biologie. 20 Juin 1908
- 4.- Infection mortelle causée par un bacille intermédiaire au paratyphique A et au bacille d'Eberth (en collaboration avec M. A. Brault) Archives de Médecine expérimentale et d'Anatomie pathologique. Novembre 1908 N° 6
- 5.- Tétanos d'origine utérine (en collaboration avec M. A. Brault) Presse Médicale 9 Décembre 1908 N° 99
- 6.- Volumineuse tumeur du rein.- Bul. Société Anatomique.- Décembre 1909
- 7.- Limite plastique cancéreuse.- Bul. Société Anatomique - Février 1909
- 8.- Lipomatose symétrique avec examen histologique - (en collaboration avec M. A. Le Play) - Bul. Société Anatomique - Mars 1909
- 10.- Recherches anatomo-pathologiques sur l'hérédo-syphilis du pancréas et de la parotide.- Annales de l'Institut Pasteur.- Juillet 1909 - avec 2 planches -
- 11.- Le pancréas et la parotide dans l'hérédo-syphilis du fœtus et du nouveau-né  
Thèse - Paris - Juillet 1909
- 12.- Traitement des complications articulaires de la blennorrhagie par l'air chaud - (en collaboration avec Melle. M. Grunspan)- Gazette des Hôpitaux - 3 Mars 1910 N° 28
- 13.- Sur l'histogénèse du cancer (en collaboration avec M. A. Brault) Rapport présenté à la 2ème. Conférence internationale pour l'étude du Cancer, tenue à Paris du 1er. au 5 Octobre 1910.- page 65 - 87
- 14.- Note anatomo-pathologique sur la diarrhée chronique des bovidés (entérite paratuberculeuse); (en collaboration avec M. Moussu) Société de Biologie; 17 Juin 1911 page 982
- 15.- Coccidiose hépatique (en collaboration avec M. Le Play) Bul. de la Société Anatomique; 30 Juin 1911
- 16.- Constatation de tréponème dans la syphilis tertiaire du rein, avec dégénérescence amyloïde; volumineuse gomme de l'estomac - Bull. de la Société Anatomique; 6 Octobre 1911.-
- 17.- Constatation du tréponème dans la syphilis tertiaire du rein, avec dégénérescence amyloïde - Académie des Sciences; 2 Octobre 1911



- 1.- Voluntarisme expérimental microscopique en rétro, avec l'analyse de la vie  
antérieure - Bull. Société Anatomique - Juillet 1902
- 2.- Présentation d'un cas d'infarctus du myocarde, en particulier  
noté de l'apoplexie cérébrale, avec élévation - (en collaboration avec M. M.)  
Bull. Société Anatomique de Paris - Mars 1903
- 3.- Isolément et étude d'un bacille infectieux au bacille d'Éberth et au  
typhus A de Koser - Société Anatomique - 29 Juin 1903
- 4.- Infection mortelle causée par un bacille infectieux au typhus A et  
bacille d'Éberth (en collaboration avec M. A. Brault) Archives de Médecine  
Expérimentale et d'Anatomie Pathologique - Novembre 1903 N° 6
- 5.- Témoins d'origine rétro de l'infarctus avec M. A. Brault) Presse Méd.  
8 Décembre 1903 N° 92
- 6.- Voluntarisme expérimental - Bull. Société Anatomique - Décembre 1903
- 7.- Limite placée expérimentale - Bull. Société Anatomique - Janvier 1904
- 8.- Lipomatoses expérimentales avec examen histologique - (en collaboration avec M.)  
Physi - Bull. Société Anatomique - Mars 1904
- 9.- Recherches expérimentales sur l'infarctus-épilepsie du pons et de la  
moelle - Annales de l'Institut Pasteur - Juillet 1904 - avec 2 planches
- 10.- Le pons et la moelle dans l'infarctus-épilepsie du pons et de la moelle  
Thèse - Paris - Juillet 1904
- 11.- Traitement des complications artérielles de la pneumonie par l'air  
(en collaboration avec Mlle M. Goussier) - Gazette des Hôpitaux - 3 Mars
- 12.- Sur l'infarctus du pons (en collaboration avec M. A. Brault) Rapport  
à la Société Anatomique pour l'étude du pons, séance du  
du 1er au 3 octobre 1910 - page 37 - 38
- 13.- Note anatomique-pathologique sur le kyste chronique des poches latérales  
(infarctus) (en collaboration avec M. Roussier) Société de Médecine - 14  
page 362
- 14.- Conclusions expérimentales (en collaboration avec M. de Liéy) Bull. de la Société  
Anatomique - 20 Juin 1911
- 15.- Constatation de typhus dans la syphilis tertiaire du rein, avec dégénérescence  
amyloïde; volontarisme comme de l'autisme - Bull. de la Société Anatomique  
8 Octobre 1911 -
- 16.- Constatation de typhus dans la syphilis tertiaire du rein, avec dégénérescence  
amyloïde - Annales des Bénédictins - 3 Octobre 1911

- 18 Rédaction des leçons de M. A. Mathieu sur les grandes Médications gastro-intestinales, réunies en un volume. Pathologie gastro-intestinale; 4ème série; Doin, Editeur; 1912
- 19.- Note de technique histologique: fixation et coloration de l'estomac, in Manuel d'Histologie pathologique, Cornil et Ranvier, tome 4ème; 1912
- 20.- Résultats du traitement chirurgical de 69 cas de cancers et ulcéro-cancers gastriques; Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition; Février 1913, N° 2, page 445
- 21.- Contribution à l'étude expérimentale des fausses membranes diphtériques trachéales chez le lapin (en collaboration avec M. G. Loiseau), Annales de l'Institut Pasteur; Avril 1913, N° 4, page 265.
- 22.- Les troubles dyspeptiques de l'insuffisance cardiaque (en collaboration avec M. Lian); Gazette des Hôpitaux, 25 Juin 1914, N° 71
- 23.- Nouveau milieu pour la recherche et la culture du méningocoque - (en collaboration avec M. Chavaillon); Société de Biologie, 24 Juillet 1915.
- 24.- Quatre cas de paludisme autochtone (en collaboration avec M. Trémolières) - Société Médicale des Hôpitaux; 11 Janvier 1918
- 25.- Quatre cas de paludisme autochtone (en collaboration avec M.M. Trémolières et Chambelland); Réunion Médico-chirurgicale de la 7ème. Région; 15 Février 1918
- 26.- Trois nouveaux cas d'orchi-épididymite typhique et paratyphique; urétrite typhique et paratyphique; Soc. Médicale des Hôpitaux; 1er. Février 1918-
- 27.- Orchi-épididymite, urétrite et cystite au décours d'une septicémie colibacillaire; hydrocèle chronique consécutive à une orchi-épididymite typhique; Société Médicale des Hôpitaux; 17 Mai 1918-
- 28.- Syndrome Basedowien passager à la suite d'une fièvre typhoïde - Soc. Médicale des Hôpitaux, 24 Mai 1918
- 29.- Les faux gastriques d'origine intestinale (contribution à l'étude pathogénique de certaines dyspepsies sensitivo-motrices); Presse Médicale, 30 Mai 1918, N° 30, page 271.
- 30.- Deux cas de septicémie à méningocoque sans méningite et avec arthrite suppurée (en collaboration avec M. Et. May); Société Médicale des Hôpitaux, 24 Janvier 1919
- 31.- Syndrome de Claude Bernard-Horner passager, apparu après une fièvre typhoïde; Soc. Médicale des Hôpitaux, 7 Février 1919.-
- 32.- Diabète avec insuffisance pancréatique; traitement opothérapique; disjonction thérapeutique des sécrétions externe et interne du pancréas; Société Médicale des Hôpitaux, 7 Mars 1919
- EN PREPARATION: Maladie du pancréas, pour le Traité de pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée de M.M. Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix -



18 - Rédaction des rapports de M. A. Hottel sur les données expérimentales relatives à la détermination des constantes de vitesse de la réaction de décomposition du peroxyde d'hydrogène. 1912.

19 - Note de technique relative aux études de décomposition du peroxyde d'hydrogène. 1912.

20 - Résultats du traitement statistique des données expérimentales relatives à la détermination des constantes de vitesse de la réaction de décomposition du peroxyde d'hydrogène. 1912.

21 - Contribution à l'étude expérimentale des constantes de vitesse de la réaction de décomposition du peroxyde d'hydrogène. 1912.

22 - Les propriétés physiques de l'oxygène obtenu par la décomposition du peroxyde d'hydrogène. 1912.

23 - Nouvelles études sur la réaction de décomposition du peroxyde d'hydrogène. 1912.

24 - Étude des constantes de vitesse de la réaction de décomposition du peroxyde d'hydrogène. 1912.

25 - Étude des constantes de vitesse de la réaction de décomposition du peroxyde d'hydrogène. 1912.

26 - Étude des constantes de vitesse de la réaction de décomposition du peroxyde d'hydrogène. 1912.

27 - Étude des constantes de vitesse de la réaction de décomposition du peroxyde d'hydrogène. 1912.

28 - Étude des constantes de vitesse de la réaction de décomposition du peroxyde d'hydrogène. 1912.

29 - Étude des constantes de vitesse de la réaction de décomposition du peroxyde d'hydrogène. 1912.

30 - Étude des constantes de vitesse de la réaction de décomposition du peroxyde d'hydrogène. 1912.

31 - Étude des constantes de vitesse de la réaction de décomposition du peroxyde d'hydrogène. 1912.

32 - Étude des constantes de vitesse de la réaction de décomposition du peroxyde d'hydrogène. 1912.



## RÉSUMÉ DES TRAVAUX LES PLUS IMPORTANTS

### Anatomie Pathologique

Cancer. - (N° 13) Toutes les théories émises à propos de l'histogénèse du cancer, seraient acceptables en principe, si les proliférations néoplastiques étaient toujours inégales, désordonnées et représentées par une seule espèce cellulaire. Mais comment les adapter à la genèse des tumeurs histioides, organoïdes, mixtes et composées ?

Pour nous, les tumeurs débutent pour la plupart localement et d'une façon directe dans les tissus adultes et différenciés, leur activité se manifeste par des mouvements excessifs des noyaux et des protoplasmas en même temps que par l'accentuation des phénomènes biologiques dont le plus important sans doute, est la glycogénèse. (A. Brault).

Si les épithéliomas gégénèrent dans leurs foyers primitifs, souvent les tumeurs de généralisation reproduisent très fidèlement le type primitif, ce qui indique que la métatypie et l'atypie ne sont pas des caractères définitifs, mais des dispositions passagères contingentes, tout au plus des incidents d'évolution.

D'autre part, dans le développement normal de l'embryon, les invaginations épithéliales destinées à la formation de glandes diverses, s'arrêtent au moment précis où le plan d'organisation est réalisé; de cet arrêt, on n'a jamais donné d'explication. Est-il plus facile de trouver la solution du problème concernant le développement indéfini des tumeurs et la pérennité des cellules cancéreuses ?

Nous concluons donc provisoirement: D'après l'histogénèse, le cancer nous apparaît comme une déviation aux lois du développement normal et aux actes qui régissent l'entretien, la rénovation et la réparation des tissus, sans que nous puissions dire exactement quel est le mobile réel de cette métamorphose. -

Pancréatite et Parotidite hérédosyphilitique (N° 10 et 11). - Etude d'ensemble de l'hérédosyphilis du pancréas (9 cas) sous les formes de pancréatite soléreuse, soléro-gommeuse et hémorragique (non signalée jusqu'à présent). Nous avons décrit trois degrés de pancréatite soléreuse, suivant l'intensité des lésions et nous avons insisté sur les deux premiers degrés (stades de début, pas étudiés encore) et particulièrement sur la transformation progressive d'une grande partie des acini glandulaires en îlots de Langerhans (transformation de la glande exocrine en glande endocrine, peut être réaction spécifique de l'hérédosyphilis, observée du reste dans d'autres glandes). Quelques îlots présentent l'état éosinophile de leurs cellules qui caractérise le début de leur développement.

Il semble donc qu'il y ait, sous l'influence de l'hérédosyphilis une évolution anormale de la glande. La persistance et la multiplicité des îlots (sécrétion endocrine) expliquent la rareté du diabète hérédosyphilitique.

En même temps que tous les degrés successifs de l'évolution fibreuse du tissu conjonctif, et qu'une réaction conjonctive du type adénoïde inflammatoire diffus et nodulaire, nous avons décrit une réaction myéloïde de mêmes caractères, formée ou non sur place, se traduisant par la présence de mononucléaire éosinophile et d'hématies nucléées, et qui nous semble être également spécifique de l'hérédosyphilis.

Le tréponème a été trouvé dans presque tous les cas, tant dans les parois vasculaires que dans le tissu conjonctif et à l'intérieur des cellules glandulaires, d'où sa double action sur ces deux derniers tissus.

Étant données l'importance physiologique du pancréas dans la digestion et d'autre part l'intensité des lésions dans certains cas d'hérédosyphilis (destruction presque complète de la glande), ces lésions sont peut-être à la base de l'athrepsie syphilitique.

L'étude de la parotidite hérédosyphilitique nous est entièrement personnelle (3 cas). Nous avons décrit une parotidite soléreuse aux deux degrés de lésion et une parotidite hémorragique. La solérose est périlobulaire, puis intralobulaire et périacineuse, comme dans la pancréatite; son origine semble périvasculaire. Une surcharge graisseuse importante se surajoute à la solérose et à l'atrophie glandulaire, détruisant en totalité certains îlots. Pendant toute connexion avec les canaux excréteurs, les acinis se groupent en amas et s'isolent; est-ce l'analogue de la transformation en glande endocrine observée dans le pancréas. Les tréponèmes se rencontrent dans le tissu conjonctif et dans le parenchyme glandulaire, à l'intérieur des cellules. -







Constatation du tréponème dans la syphilis tertiaire du rein, avec dégénérescence amyloïde (N° 16 et 17). C'est la première observation de ce genre; les microorganismes, peu nombreux, souvent atypiques, à tours de spires parfois peu serrés, de formes contournées, pourtant tout à fait caractéristique par endroits, sont tous localisés dans les tubes sécréteurs du rein, à l'intérieur du coagulum granuleux ou hyalin, qui en occupe la lumière; aucun n'est visible dans les cellules épithéliales, le tissu conjonctif, les glomérules ou les parois vasculaires. C'est la signature bactériologique de la néphrite-syphilitique tertiaire et de la dégénérescence amyloïde syphilitique.

Dans la même observation, nous avons constaté la présence très rare d'une volumineuse gomme sous-muqueuse de l'estomac (de la grosseur d'une noisette).

Histogénèse des fausses membranes diphtériques (N° 21).— La fausse membrane diphtérique, produite expérimentalement dans la trachée du lapin, naît de la lésion artificielle et superficielle de la muqueuse comme d'un cratère; dès la 3ème. heure, on peut y mettre en évidence un réseau de fibrine.— Elle progresse excentriquement, recouvrant l'épithélium sain qui, se détruisant par places, lui laisse prendre des points d'implantation successifs, entre lesquels elle forme des arcs ou ponts fibrineux, caractéristiques des fausses membranes de première formation.— La fausse membrane naît du derme par exsudation de fibrine, sans que l'épithélium, qui se détruit progressivement par nécrose de coagulation, prenne aucune part à la formation de cette fibrine.— Après la fausse membrane de 1ère. formation, l'épithélium ayant disparu, prend naissance une fausse membrane de 2ème. formation, formée de travées fibrineuses parallèles à la surface du derme, fortement adhérente par toute sa surface au chorion dénudé.— Le derme, fortement congestionné, est lui-même infiltré d'un réseau fibrineux très fin, à points nodaux plus denses, au centre desquels on trouve des leucocytes.

Les bacilles injectés restent toujours à la surface et à la périphérie de la fausse membrane.— Nous avons, à propos de ce travail, préconisé un nouveau procédé de coloration de la fibrine (modification de celui de Kockel).—

Limite plastique cancéreuse (N° 7).— Il s'agit d'un cas typique, dans lequel la nature cancéreuse de la limite ne peut faire aucun doute; c'est là un fait généralement admis aujourd'hui.—

Anatomie pathologique de l'entérite paratuberculeuse des bovidés (N° 14).— Notre travail confirme la distinction déjà faite par étude bactériologique, entre le bacille pathogène et le bacille de Koch; s'il est vrai que l'on trouve sur les coupes des parois intestinales, des cellules géantes, des cellules d'aspect épithélioïde et lymphoïde, ces diverses variétés d'éléments restent toujours bien séparées les unes des autres et ne se groupent jamais de façon à donner même l'apparence d'un tubercule, et il y a loin des lésions décrites à celles de la tuberculose intestinale.—

### B a c t é r i o l o g i e

Etude d'un bacille intermédiaire au bacille d'Eberth et au paratyphique A (N° 3 et 4)

Nous avons pu isoler un bacille que ses caractères de culture et d'agglutination obligent à ranger dans le groupe des paratyphiques; cependant, il ne répond à aucun des types A, B ou Gaertner; il est intermédiaire au paratyphique A et au bacille typhique. C'est un des premiers bacilles que, à la suite de notre travail, Lafforgue a proposé de qualifier nom d'"intermédiaire", qualificatif qui leur est conservé aujourd'hui. Depuis, le nombre de ces bacilles a considérablement augmenté et ainsi se trouvent réalisées nos conclusions, prévoyant que des observations postérieures à la nôtre viendraient combler les vides qui existaient encore entre les différents groupes typhiques, paratyphique et colibacillaire démontreraient que ces groupes ne sont que les échelons successifs d'une seule et même famille microbienne; allant plus loin, nous nous demandions si on ne se trouve pas en présence d'un seul et même micro-organisme, dont les caractères biologiques et physiologiques variés correspondent à des types ou à des races qui en expliquent la diversité morbide?

Par la clinique et l'étude anatomo-pathologique, comme par ses caractères bactériologiques, notre observation reste bien intermédiaire de la fièvre typhoïde et aux paratyphiques d'autre part.—

Nouveau milieu pour la culture du méningocoque (N° 23).— C'est un milieu analogue à la gélose-ascite, dans lequel l'ascite parfois difficile à se procurer, est remplacée par un mélange d'albumine d'œuf crue et de sérum de cheval; ce milieu nous a donné des résultats analogues à ceux que l'on obtient avec la gélose ascite.—







Les faux gastriques d'origine intestinale. - (N° 29)

Parmi les malades se plaignant de "dyspepsie sensitive-motrice", il en est qui ignorent complètement ou presque, qu'ils sont atteints de colite légère, passant le plus souvent inaperçue et à laquelle cependant sont dus les symptômes gastriques qui seuls les conduisent à consulter. - Ces troubles dyspeptiques s'accompagnent de phénomènes nerveux, insomnie, agitation nocturne, avec sensation de chaleur et transpiration, céphalée, courbature, fatigue générale, douleurs rhumatoïdes, puis encore, dans le domaine de l'appareil digestif, stalo-aérophagie, spasme du cardiaque ou de l'oesophage. - Les signes objectifs sont nuls, à part du tympanisme et un point épigastrique douloureux; mais la présence d'une corde coelique sensible ou douloureuse attire l'attention sur l'intestin et l'interrogatoire décèle la présence d'une colite muqueuse ou muco-membraneuse latente, atténuée, peu douloureuse.

Il s'agit en somme de "réaction colique" légère car un traitement uniquement intestinal fait disparaître tous les phénomènes gastriques et nerveux. C'est là une épreuve thérapeutique de grande valeur diagnostique; l'affection intestinale est apparue la première; d'autre part la symptomatologie gastrique suit une marche continue ou discontinue, parallèle à la symptomatologie intestinale et est régie par elle. - Ce syndrome, d'origine sympathique (rougeur de la face, sudation exagérée, dyspnée, narcolepsie post-prandiale, douleur du plexus solaire) est une véritable névrose entéro-coelio-gastrique, l'ordre de ces trois termes traduisant le sens de la marche du réflexe. - On sait la fréquence de la dyspnée sensitive-motrice, dite névropathique; c'est le diagnostic porté le plus souvent dans les cas que nous étudions; ne doit-elle pas être rayée du cadre de la nosologie, comme le sont peu à peu les affections dites essentielles ou névropathiques et sans étiologie bien définie? - Car, si nous ne pouvons affirmer la constance de son origine intestinale réflexe, nous nous croyons autorisés à affirmer sa présence dans la majorité des cas. -

Les troubles dyspeptiques de l'insuffisance cardiaque (N° 22). - Ils réalisent le syndrome dyspeptique sensitivo-moteur de A. Mathieu; ce syndrome, dû à l'insuffisance cardiaque, s'observe dans trois séries de cas: - 1°. - Il est au 2ème plan marqué par un syndrome astyolique; - 2°. - il attire autant l'attention que les autres troubles de l'insuffisance cardiaque; - 3°. - les troubles fonctionnels de l'insuffisance cardiaque sont légers et ne fixent pas l'attention, tandis que les troubles dyspeptiques sont marqués. - C'est la forme dyspeptique de l'insuffisance cardiaque. - Le diagnostic est en général facile; l'épreuve thérapeutique fournit de précieux renseignements, si on applique la médication digitalique, sous forme d'injection, sans rien changer au régime alimentaire, ni au genre de vie du malade. -

Ce syndrome dyspeptique est la conséquence de l'insuffisance cardiaque et traduit la congestion passive des parois gastriques. -

Résultats du traitement chirurgical de 69 cas de cancers et ulcéro-cancers gastriques (N° 20)

La pyloréctomie simple ou associée à la gastro-entéroctomie paraît donner de bien meilleurs résultats, au point de vue survie, que la gastro-entéroctomie seule. - Cela tient peut-être à ce que la pyloréctomie ne se pratique pas sur des néoplasmes déjà étendus ou propagés, mais sur des néoplasmes bien localisés et surtout des ulcéro-cancers. - En effet, la nature de la tumeur joue un rôle au moins aussi important que sa localisation; la structure de l'ulcéro-cancer, son extension lente et faible, permettent de comprendre les résultats obtenus. - Le plus souvent, on note une amélioration notable après l'opération, avec augmentation du poids et de l'appétit. La radioscopie rend compte du fonctionnement du pylore (rarement rétabli) et de la bouche anastomotique (parfois imparfaite, parfois avec évacuation trop rapide. - On peut noter après l'opération: soit une véritable dyspepsie sensitivo-motrice, soit des douleurs violentes, soit des vomissements parfois bilieux, soit des hémorragies, soit de la diarrhée consécutive à une évacuation trop rapide de l'estomac par la bouche anastomotique, soit enfin l'envahissement de cette dernière par le néoplasme. -

Diabète ou insuffisance pancréatique. - (N° 32) - L'insuffisance pancréatique fut diagnostiquée d'après l'examen coprologique (non digestion des fibres musculaires, grosse stéarrhée de graisses neutres) et d'après les résultats d'une thérapeutique opothérapique qui fit disparaître tous les phénomènes d'insuffisance digestive pendant six mois environ, tandis que la glycosurie ne se modifiait pas. - C'est un fait intéressant de disjonction thérapeutique des sécrétions externes et internes de la glande, explicable par l'anatomie pathologique du pancréas dans le diabète: on peut concevoir que le traitement opothérapique, encore actif sur ce qui reste de tissu acineux, est impuissant sur des îlots de Langerhans déjà très sclérotisés.







sés, ou n'existant plus; leur structure essentiellement vasculaire rend compte de l'apparition rapide de leur sclérose, dont l'origine péri-capillaire a été mainte fois constatée. Notre observation nous paraît apporter un appoint sérieux à la théorie pancréatique insulaire du diabète.-

#### Fièvre typhoïde & paratyphoïdes

Orchi-épididymites et urétrites typhiques, paratyphiques et colibacillaires (N° 26 et 27)-

La complication testiculaire apparaît au déclin de la maladie ou au cours de la convalescence, au moment où les urines charrient les bacilles et où l'hémo-culture n'en révèle plus dans le sang. Pour la première fois, nous signalons dans trois de nos cas, une urétrite légère, fugace, indolore, avec présence du bacille pathogène dans le pus. Nous pensons que l'urétrite doit précéder l'orchite et que cette infection doit se faire par voie canaliculaire ascendante et non par voie sanguine; dans le cas de colibacillose, cette marche ascendante nous paraît schématisée: le bacille charrié par l'urine a infecté l'urètre et la vessie, puis le canal déférent, l'épididyme et les testicules.-

Syndrôme Basedowien passager, à la suite de fièvre typhoïde (N° 28)- Son apparition est rare après la fièvre typhoïde; ses caractères cliniques et des expériences qui ont permis d'obtenir les symptômes du goitre exophtalmique par excitation du sympathique, nous font nous demander si le syndrome fugace observé n'a pas une origine purement nerveuse, toxico-microbienne étant donné la prédilection de la toxine typhique pour le sympathique.- La théorie thyroïdienne reste entière et garde toute son importance; mais ne peut-on invoquer quelquefois la théorie sympathique pour expliquer l'apparition courte des syndromes basedowiens passagers? Syndrôme de Claude Bernard-Horner passager, après une fièvre typhoïde (N° 31)- Nous ne l'avons trouvé signalé nulle part; l'existence de phénomènes vaso-moteurs de la face peut faire penser à une atteinte du nerf dans son segment cervical inférieur ou médiastinal. Le syndrome est-il dû au voisinage d'un foyer pulmonaire existant du même côté au cours de la maladie, ou bien à une action de la toxine typhique? Il est difficile de conclure.-

#### Divers

Septicémies à méningocoques sans méningite et avec arthrites suppurées. (N° 30) -

L'intérêt des deux observations réside:

- 1°.- dans l'évolution différente de la température de chacune d'elles (intermittente, continue).
- 2°.- dans la tendance hémorragipare de l'une d'elles, semblant correspondre sous sa forme la plus atténuée à la lésion sanguine qui, poussée à l'extrême, donne les grands purpuras méningococciques.-
- 3°.- dans l'existence indéniable de septicémies méningococciques sans méningite.
- 4°.- dans l'importance des localisations articulaires à caractères particuliers (aspect et coloration du liquide, peu ou pas de douleurs); la constatation d'une arthrite de ce genre devra faire pratiquer l'examen du cavum nécessaire au diagnostic et à la mise en évidence des porteurs de germes.-

Quatre cas de paludisme autochtone (N° 24 et 25) L'un d'eux n'a été confirmé qu'après culture du sang selon le procédé de Bass (sang dextrosé), surtout utile lorsqu'il s'agit de Plasmodium falciparum, présent dans le sang périphérique dans moins de la moitié des cas. Les trois autres cas étaient dus à Plasmodium vivax (corps amiboïdes, schizontes jeunes et adultes)- Ils ont constitué un petit foyer de paludisme autochtone en Alsace, dont l'origine a pu être déterminée.- La connaissance de ces foyers est indispensable pour assurer une prophylaxie efficace du paludisme.- Les phénomènes de première invasion ont été très atténués et bénins.-

Traitement des complications articulaires de la blennorrhagie par l'air chaud. (N° 12)

Nous avons obtenu avec ce traitement: la diminution, puis la disparition très rapide (24, 48, 72 heures) et complète des douleurs; la résolution de tous les phénomènes inflammatoires, la résorption des hyarthroses en un temps très court; l'absence complète d'ankylose après la disparition de la phlegmasie; enfin dans les cas d'ankylose, l'air chaud rend peu à peu à l'articulation tout ou partie de sa mobilité, suivant le degré de la lésion.

Nous utilisons le bain d'air chaud pour les grandes articulations, la douche sur les petites.- Les applications à la température de 125° environ, durent de 25 à 30 minutes.-